این حالت در محرقه (Typhoid) وانتانات ویروسی دیده میشود .

Endogeneus Toxin - F (توکسین داخلی) مثلاً تیتانوس ویرقان (یرقان انسدادی)

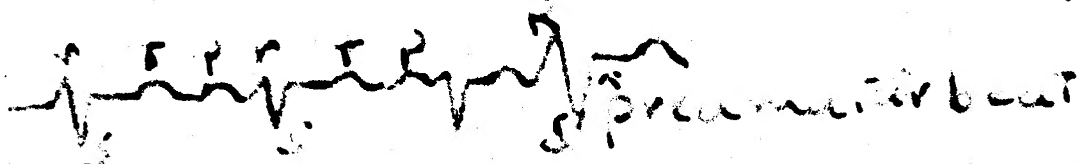
g- در meningitis و دفتیری نبض نیز کم میگردد.

۲ - Rhythem : درباره Rhythemباید بعض خصوصیات یادداشت گردد به این معنی که دربین نبض ها فاصله مساوی است یا خیر !

درحالت نورمال فاصله ها بین نبض ها مساوی میباشد اما دروقت شهیق وذفیر این فاصله ها کمی تغییرمینماید (درحالت نورمال دروقت شهیق نبض سریع دروقت ذفیرآهسته میگردد) اگر دروقت شهیق وذفیرتغیر نبض زیاد باشد بنام Sinus arrhythemia یاد میگردد .

اقسام دیگر Arrhythmia قرار ذیل اند (1-2) .

۱ - Regularly Irregular Heart Rate درین حالت نبض غیرمنظم وبعداز چند ضربان نورمال یك نبض Premature جس میگردد.



۲ - Irrigularly Irrigular Heart rate : درین قسم تقلصات قلبی فاصله بین نبض ها مساوی نمیباشد ودرحالات ذیل بمشاهده میرسد



a- Atrial fibrilation b- Multiple ectopic beat .

c - Atrial flutter (A.F) که بلاك های متنوع دران موجود

باشد (5)

۳ - حجم نبض volume of Pulse : عبارت از Amplitude موجه pulse با نبض میباشد که دروقت تقلص بطین درشریان پیدا میشود وگفته میتوانیم که این عبارت ازیك قوه است که انگشت جس کننده توسط شریان بالا تیله میگردد تمام حالات که دهانه قلبی را ازدیاد می نماید سبب ازدیاد حجم Pulse میگردد . مثلاً -Thy rotox cosis وغیره

٤- Charecter of Pulse: دراکثر امراض نبض یك خاصیت یا تیپ مخصوص رابخود اخذ می نماید که قرار ذیل اند (2-1) .

۱ - Collapsing pulse or water hummer pulse:

این نبض سریع ، حجم ان زیاد ودوام ان کم میباشد.

میتود جس : - مفصل Wrist مریض رابدست گرفته ونبض کعبری راجس نماید بعدازآن بصورت اني ساعد مریض رابالا نماید درین وقت Collapsing Pulls جس میگردد که درصورت موجودیت این Pulse حجم نبض زیاد ودوام ان کم میباشد. یعنی درین حالت در Amplitude نبض دفعتاً ازدیاد بعمل آمده بعداً زود. Amplitude آن کم میگردد که زیادت انی موجه این نبض به ازدیاد دهانه قلبی وخاصیت Collupsing به Back ward lecage ارتباط دارد این نبض درعدم کفایه دسام ابهر دیده میشود. همچنان این Pulse در تمام حالاتیکه در ان Pulse pressure زیاد میباشد بمشاهده میرسد که

این حالات قرار ذیل اند.

a- عدم کفایه ابهر b- انیمیا Anemia

A-V Fistula -e

۳ - Pulse platue or Anacrotic pulse حجم این نبض کم و دوام ان زیاد میباشد ودرتضیق دسام ابهر دیده میشود.

Puls bisfeirence : این نبض از اجتماع anacrotic و Col-lapsing بوجود می آید ودر ضربان قلبی دوموجه جس میگردد که در عدم کفایه وتضیق ابهر که بصورت مشترك موجودباشد دیده میشود.

٤ - Paradoxical Pulse : میدانیم که دروقت شهیق حجم نبض کم میگردد (میخانیکت ان در (Splitting of the Heart sound) ذکر گردیده است که این کمبود ازسیبب تنقیص دهانه قلبی وفشار خون بوجود می اید (درحالت نارمل تفاوت بین دو ضربان ٥- ١٠ملي متر میباشد)

درموجودیت نبض فوق pulse دروقت شهیق خیلی کم ویاکاملاً جس نمیگردد درین وقت ضربان قلبی موجود اما نبض قابل جس نمیباشد که این نبض رابنام Paradoxial pulse یاد می نماید ودرحالات ذیل جس میگردد (1-2)

۱- Constrictive pericard itis .

۲ - Peri Cardial Effnsion

۳ - Bronchial Asthma

میکانیزم نبض Parodoxical : دروقت شهیق عمیق حجاب حاجز بطرف پائین حرکت نموده قلب موقعیت عمودی را اخذ می نماید. درین حالت ورید اجوف علوی وسفلی یك حالت تقبضی رابخود توسط یك کشش مخصوص اختیار نماید و جریان دموی به اذین راست کم میگردد .که سبب تنقیص دهانه قلبی شده و نبض از نظر حجم کم جس میگردد.

در Coustrictive Pericarditis در وقت شهیق حالت تقبضی در ورید اجوف علوی وسفلی خیلی زیاد شده وجریان دموی به اذین راست تنقیص زیاد می نماید که درنتیجه دروقت شهیق نبض از نظر حجم خفیف جس ویاجس نمیگردد که توسط اله فشار (درحالت نورمال تفاوت دربین دوضربان از 5-10 ملی مترسیماب زیادنمیباشد) معلوم میگردد .

۵- pulse Alternance : - درین حالت یك نبض قوی ویك نبض ضعیف جس میگردد وفاصله دربین انها مساوی میباشد، موجودیت این نبض به افات وخیم بطین چپ دلالت میکند ویك علامه مهم برای عدم کنایه بطین چپ میباشد.

۶ - Pulse Deficit : درین نبض دربین ضربان قلب ونبض فرق موجود میباشد یعنی تعداد نبض نظر به ضربان قلب کم میباشد . این نبض درحالات ذیل دیده میشود.

۱- Atrial fibrilation ۲ - Maltipleectopic beat .

این نبض ازباعث بوجود می آید که بعضی ضربان های قلب انقدر قوی نمیباشد که خون را در شراین محیطی تیله نماید.

۷ - Bigeminus pulse : درین حالت دونبض دریك وقت جس میگردد که یك نبض ازضربان نورمال قلب ودیگران از Premature beat . بوجود می آید وبعداز Premature beat یك صفحه معاوضوی موجود میباشد این نبض درحالات ذیل موجود میباشد.

۱- تسمم Digetal ۲- Premature beat

۳- A. Vblock (3:2)

۸- Decrotic Pulse : درین نبض نیز دوموجه نبض دریك وقت جس میگردد.

لیکن فاصله بین انها تغیر (صفحه معاضوی ندارد) نمیکند این نبض در محرقه وامراضیکه سبب Vasodilatation میگردد بمشاهده میرسد .

۹- Delayed pulse : میدانم که درحالت نارمل نبض های کعبری وفخذی دریك وقت جس میگردد لاکن در Coartation ابهر نبضان فخذی نظر به کعبری بعدتر جس میگردد .

۱۰: - Pulsus Parvus عبارت ازنبض کم حجم بوده که از سبب تنقیص دهانه قلبی (شاك وخیم) بوجودمی اید.

۵ - Coudition of bl00d Vesselwall جدار اوعیه طوری معاینه میگردد که بالای Brachial artery توسط انگشت فشار وارد میگردد که درین وقت نبض شریان کعبری کم گردیده وکوشش میگردد که شریان کعبری توسط انگشت در مقابل استخوان Radial جس گردد ،اگر

arteriosclerosis موجود میباشد شریان مذکور به شکل یك تارسخت جس میگردد.

٦ - مقایسه نبض ها : - درمقایسه نبض ها باید Pulse بصورت مقایسوی جس گردد بطور مثال Femoral Radial , Ca-rotid اگر Coartation ابهر موجود باشد ضربان Femoral نظر به Carotid وکعبری بعد ترجس میگردد ، باید ذکرگردد که شریان ثباتی راست توسط انگشت کلان چپ وشریان ثباتی چپ توسط انگشت کلان راست جس گردد .

باید اورشویم که هردو شراین ثباتی دریك وقت جس نگردد زیرا سبب Syncope میشود .

درجس شراین Temporal ، وجهی ، Poplitial,brochial و Dorsal pedis و شراین خلفی قصبي مقایسه صورت بگیرد.

Tension: Tension of Pulse عبارت از یك قوه است که درشراین توسط جریان خون موجود بوده وتوسط واردکردن یك قوه توسط انگشت نبض مختل ومحوه میگردد . Tension نبض درفرط فشار خون وتمام حالاتیکه دهانه قلبی را زیادت می بخشد (مثل (Thyrotoxicosis) عدم کفایه ابهر وبعداز حمام گرم بوجود می آید(1)

B- Capiliary pulsation : این حالت درتمام حالاتیکه در آن Pulse pressuve زیاد گردد به مشاهده میرسد مثلاً تب ، عدم کفایه

ابهر وغیره (۱)

متود معاینه : ۱ - توسط یك سلاید ششه بالای لب های پائین فشار وارد میگردد که درین وقت درلب مذکور سرخی وسفیدی توسط Capiliory Pulsation دیده میشود.

۲ - بالای ناخن های انگشت کلان مریض فشار وارد میگردد درناحیه اتصال سرخی وسفیدی ناخن امواج سرخ وسفید از سبب Capiliary pulsation دیده میشوند .

Trac hialtug

اگر انیوریزم ابهر موجود باشد نبضان های انیوریزم به شزن انتقال نموده و Trachialtug رابوجود می آورد . .(2-1)

Trachialtug این طور معاینه میگردد که داکتر درعقب مریض استاده شده وسر انگشت Indexخود را تحت غضروف Cricoid میگذارد به قسمی که حنجره وشزن بطرف بالاتیله نمایید پس هرضربان قلبی که به انگشت جس میگردد دلالت به Trachialtug مي نمايد

فشار خون Blood pressure

دوقسم فشارخون موجود است که عبارت از فشار سستولیك ودیاستولیك میباشد .

فشار Cystolic : این فشار توسط Strokevolume (دهانه قلبی) و Elastisity اوعیه بوجود می آید (2-1) .

فشار Diastolic : - این فشار توسط مقاومت اوعیه های محیطی

بوجود می اید فشار سستولیك از ۱۰۰-۱٤۰ملي متر سيماب وفشار دیاستولیك از 90-100mmhg میباشد.

Pulse pressure : عبارت از تفاضل فشار ستولیك ودیاستولیك میباشد. اندازه نورمال ان 30-40mmhgاست

استعمال اله فشار Uses of sphygmomanometer :

مریض باید درحالت نشسته ویا خوابیده قرار داشته باشد . اله فشار را از باز و مریض طوری بسته گردد که سرحد پائین اله فشار به اندازه 2-5Cm از Cobital fossa بلند باشد ونیز اله فشار باید به Level (سویه) قلب باشد .

فشار حقیقی وقتی بدست می آید که درحالت خواب واستراحت اخذ گردد .

طرق اخذ فشارخون : فشارخون بدوطریقه اخذ میگردد (2-1)

۱ - Palpatory method

2- Auscultatory method

فشار ستولیك توسط هردو طریقه فوق گرفته شده میتواند ، حال آنکه فشار دیاستولیك تنها توسط متود اصغای گرفته میشود.

۱ - متود جس : اله فشار را دربازوی مریض بسته نموده وشریان کعبری جس میشود . به اله فشار توسط پمپ مخصوص هوا داده شده تا که نبض شریاني گم گردد ، این عدد را یاداشت نموده بعداً به اله فشار هوا

داده شده وتا 10mm بالا برده میشود. بعداز این هوای اله فشار توسط پیچ مخصوص به آهستگی باز شده وضربان اولی که بالای شریان کعبری توسط انگشتان جس میگردد یادداشت میشود.

عدد متوسط این دوعدد یادداشت شده فشار سستولیك رانشان میدهد.

۲ - متود اصغای : به بازو اله فشار بسته گردیده وبه اله فشار تاوقتی هوا داده میشود .

تاکه ازفشار Cystolic که توسط جس تعین شده بود mmhg20-30 بلند برده شود ،بعداً توسط دیافراگم ستاتسکوپ که بالای Brochial artry در Cubital fossa نهاده شده وهوای اله فشار توسط پیچ مخصوص باز شده یك آواز شنیده میشود ، این آواز اولی نمایندگی ازفشار سستولیك می نماید ، که متعاقباً ضربان های قلبی بلند شنبده شده ودراخراناً در خاصیت اواز تغیر ویا ازبین میرود. این عدد رادر اله فشار بیادداشت نموده ونمایندگی از فشار دیاستولیك می نماید.

بعضی اوقات در Hypertention بصورت انی از 160-۱۸۰اواز ازبین رفته وبعداً دوباره پیدا میگردد که این را بنام Silent-gap یاد می نماید علت اصلی ان معلوم نیست .

در Coartation ابهر باید فشار اطراف سفلی نیز دیده میشود برای معاینه این فشار مریض را بروی خوابیده واله فشار را در قسمت سفلی فخذبسته شود. ستاتسکوب بالای شریان Poplitial درناحیه Poplitial نهاده میشود وفشار سستولیك ودیاسستولیك درپاها

تعین میگردد .

۲ - Apex beat

کف دست را بالای pre cardium نهاده و apex beat را جس نماید.

واگر جس نگردد ازمریض خواهش گردد که بطرف چپ خود را تغییر موقعیت بدهد.

درحالت نورمال Apex beat جس نگردیده ووقتیکه جس گردید موقعیت ان تعین گردد . موقعیت نورمال ان درمسافه پنجم بین الضلعی یك سانتی متر از medclavicular line بطرف انسی است ویا بعباره دیگر دربین مسافه پنجم بین الضلعی 10cm بطرف وحشی چپ از Medsternal line موقعیت دارد .

عواملیکه Apex beat را بطرف سفلی وحشی بیجا مینماید قرار ذیل اند (2-1)

۱- کلان شدن بطین راست

۲ - کلان شدن بطین چپ

۳ - انصباب پلورایی طرف راست

٤ - Pneumothorax طرف راست .

میگردد.

۳- تنظیم وتریب معلومات : زمانیکه معلومات ازمریض به شکل فوق جمع شد ، طبیب باید معلومات جمع شده در جاهای مناسب تاریخچه طبی جابجا نمایند که به این ترتیب نقاط فوق درتشخیص صحیح مرض معاونت می نمایند.

استحصال معلومات زیاد ازمریض : - میدانیم که برای اخذ تاریخچه طبی خوب باید دربین داکتر ومریض یك فضای صمیمانه وخوش آیند تولید گردد تاکه مریض شکایات واعراض خویش رابصورت ازادانه معلومات کافی بدهد.(۲).

طبعی است که محصلین طب در ابتدا معلومات کافی درباره اعراض وعلایم مرض نداشته ودرحین اخذ مشاهده وتاریخچه طبی به مشکلات مواجه میشود ،اما به مرور زمان وکسب معلومات کافی درباره شکایات وعلایم امراض این مشکلات رفع میگردد . اگرمریض بسیار تکلیفی بوده ویا درحالت Coma باشد ویا اینکه مشکلات درزبان داشته باشد ، باید داکتر معلومات تاریخچه طبی را ازاقارب نزدیك ورفیقان مریض که بامریض شناخت کامل داشته باشد اخذ نمایند (۲)

شهرت مریض : - طبیب باید درشروع مشاهدات خویش اسم مریض ،عمر، جنس ،نژاد ،وظیفه ، آدرس خانه را تحریر نمایند ،زیرا که بعضی امراض درسنین مختلف ظهورنموده وبه همین ترتیب بعضی امراض در زن ها وبعضی درمردها عمومیت دارند.

۵- فایبروز فص سفلی شش چپ

٦ - کولپس شش چپ

۷ - (Fun nell shape Chest (سوء تشکلات صدر)

عواملیکه Apex beat را بطرف داخل بیجامی نماید قرار ذیل اند (1-2)

۱- کولپس شش راست .

۲ - فایبروز شش راست .

۳ - Dextrocardia

در صخامه بطین چپ PMI (Point of maximal impulse) بطرف چپ وحشی وسفلی بیجا میگردد.

درضخامه بطین راست بطرف سرحد سفلی چپ عظم قص ویابطرف خط Epigasrtric بیجا میگردد.

عوامل ضخامه بطین چپ .

۱ - عدم کفایه مترال . ۲ - تضیق دسام ابهر . ۳ - عدم کفایه ابهر . ٤ - فرط فشار خون .

۵- Ventricular Septaldefect (VSD) .

حالاتیکه دران PMIجس نمیگردد) (1-2)

۱- Pneumothorax- طرف چپ

۲- انصباب پلورای طرف چپ.

۳ - Thick mascalar chestwall جدار صدر ضخیم .

٤ - Emphy Sem شش چپ .

٥ - Pericardial Offasion

٦- Cardiac Tamponad

۷ - عقب Rib (Behind of Rib)

خصوصیت Apex beat : (Cha ractr of PMI)Apex beat

دو وصف دارد (1)- Heaving

. 2 - Tapping

۱ - Heaving : انگشت Index را بالای PMI نهاده شده با ستول بالا ویا دیاستول بطرف پائین حرکت میکند وگفته میتوانیم که Heaving موجود است ودرضخامه بطین چپ به مشاهده میرسد .

۲ - Tapping : عبارت از جس نمودن اواز اول قلب است که درین حالت توسط Apex انگشت جس کننده توسط هر ضربان بالا میگردد ، ودر تضیق مترال که ضخامه بطین راست باآن همراه باشد دیده میشود. (1-2)

Thrill : - عبارت ازجس اهتزازات Murmur میباشد ودوقسم است .

۱ - Systlic :- Diastolic

درصورت موجودیت نفخه ستولیك Thrill سستولیك ودرموجودیت نفخه دیاستولیك Thrill دیاستولیك موجود میباشد یا به عباره دیگر اگر Thrillهمزمان باضربانcarotidجس گرددبنامthrillستولیك وبرعکس ان بنام دیاستولیك Thrill یاد میگردد . (2)

#

Palpable Heart Soands

بعضی اوقات اواز اول یادوم قلب یا هردو آواز های قلبی همراه Apexbeat ویا بدون Appex Beat جس میگردد که درین حالت Apex beat مضاعف بمیان می آید (2)

Heaving of right Ventricle :- در دو ناحیه احساس میگردد (1-2)

۱ - Left border of lower part of sternum (درسرحد چپ سفلی عظم قص)

۲ - Epigastrium

متود جس : سرحد Ulner دست بالای سفلی سرحد چپ عظم قص نهاده وبه حرکت دست متوجه شوید . ویا بعباره دیگر سه انگشتان خود را بالای ناحیه چپ epigastrium نهاده وحرکات انگشتان راتعقیب نماید.

عواملیکه دران ضخامه بطین راست دیده میشود قرار ذیل اند (2)

۱ -ضخامه بطین راست که بصورت ثانوی از ضخامه بطین چپ بوجود آمده باشد .

۲ - Pulmonary Stenosis

۳ - عدم کفایه دسام ریوی .

٤ - عدم کفایه دسام Tricospid

۵- تضیق دسام مترال .

٦ - Primary Pulmonary Hypertionsion(فرط فشار ریوی ابتدایی)

۷ - Corpulmonale

قرع قلب Percussion of heart .

در معاینه قلب قرع اهمیت کم دارد (2-1) .

قرع کردن سرحد راست قلب : - پیش ازقرع کردن این سرحد اول باید سرحد بالا قرع ونشاني شود، چونکه سرحد راست قلب عمودی است پس باید توسط Plexometer به استقامت عمودی از جنبی به انسی طرف راست صدر دربین مسافه چارم بین الضلعی این سرحد قرع گردد ونقاط ان نشاني شود.

قرع نمودن سرحد چپ قلب : - میدانیم که سرحد چپ قلب ازطرف بالا بپائین ووحشی میلان داشته پس بصورت مایل قرع میگردد واین قرع درمسافه چارم بین الضلعی چپ ازطرف وحشی به انسی قرع میگردد ،تاوقتیکه اواز قرع به Dull تبدیل شود . به همین ترتیب مسافه سوم وپنجم بین الضلعی قرع گردیده واین سرحد تعین میشود.

ناحیه Dullness قلب در Emphysem وPneumothorax کم ودر Pericardial Effusion (انصباب پیریکارد) زیادمیشود .

ودر Pericardial Effusion (انصباب پیریکارد) زیادمیشود.

همچنان ناحیه Dullniss قلب درحالات خوابیده به شکل Pear (ناك) مانند ودرحالات نشستن به شکل مثلثی میباشد.

درانیوریزم صاعده درقسمت علوی سرحد جنبی قلب یك ناحیه Dull مدور توسط قرع تثبیت میگردد.

اصغا قلب Auscultation

سیکل قلبی Cardiaccycle :- بعداز تکمیل شدن یك تقلص قلبی اذنیات وبطنیات استرخا نموده که بعداز تقلص می نماید واز طریق دسام های اذینی بطینی خون دربطنیات می اندازد.

بعد از ان بطنیات تقلص نموده وخون را در اوعیه ها می اندازد که در همین وقت تقلص بطنیات اذینات استرخا نموده وازخون مملومیگردد که متعاقباً بطنیات استرخا نموده وسیکل قلبی تکمیل میگردد (2)

دوران خون : - خون از I.V.C و S.V.C به اذین راست آورده شده وازاذین راست به بطین راست وازآن جا توسط شریان ریوی به ریه ها برده میشود. واز ریه ها توسط ورید ریوی به اذین چپ واز اذین چپ به بطین چپ وباالاخره ازبطین چپ ازطریق ابهر به تمام وجود خون میرسد.

دراصطلاح کلینکی کلمات Systol و Diastol که به بطنیات ارتباط دارد ذکر گردیده است. حادثات که درحین تقلص اذینات واقع میگردد بنام Pre systolic یاد میگردد درحالت نارمل دواواز که عبارت از آوار اول ودوهم قلب میباشد شنیدهٔ میشود. ازنظر کلنیك آواز اول قلب به صفحه سستول و اواز دوهم قلب به صفحه Diastol ارتباط

دارد (2)

میخانکیت آواز های قلبی : - آواز اول قلب از بسته شدن وال های A.V و آواز ددهم قلب از بسته شدن دسام ابهر وریوی بمیان می آید.

اناتومی سطحی محراق ها :

ناحیه (محراق) مترال : - این ناحیه به Apex beat ارتباط دارد . درحالت نارمل این محراق درمسافه بین الضلعی پنجم چپ یك سانتی متر بطرف انسی medclavicularline واقع است .

محراق Tricaspid : - این محراق درمسافه چارم وپنجم بین الضلعی درقسمت سرحد سفلی چپ نزیك عظم قص موقعیت دارد (1)

محراق دسام ريوي Pulmonary :

این محراق درمسافه دوهم بین الضلعي چپ نزديك عظم قص قراردارد (۲)

محراق دسام ابهر

برای اصغای این دومحراق وجود دارد. محراق اول آن درمسافه دوهم بین الضعلی راست نزدیك عظم قص وناحیه دوهم درمسافه سوم بین الضلعی چپ نزدیك عظم قص موقعیت دارد • (2)

میتود اصفاء Method of Auscol taticn

مریض باید به وضعیت های ذیل اصغا گردد (2)

۱ - مریض در بستر به وضعیت استجاع ظهری بوده و محراق های mitral ، Tricospid Pulmonic و aortic اصغا گردد .

۲ - مریض به پهلوی چپ خوابیده و دسام مترال توسط Bell ستاتسکوپ اصغاگردد که درین وضعیت murmur تضیق مترال بصورت واضح شنیده میشود .

۳ - مریض به وضعیت نشسته وکمی بطرف قدام خم شده باشد. درین وضیعت دسام ابهر و ریوی اصفا گردد .

نفخه های Early diastolic ابهر درین وضعیت خوبتر شنیده میشوند . در وقت اصغا باید نقاط پنجگانه ذیل درنظر باشند (2-1)

۱ - تعداد ضربان قلب درفی دقیقه وریتم Rhythem آن .

۲ - شدت آواز های قلبی

۳ - مضاعف بودن (Split) آواز قلبی

٤ - Triple Rhythem

۵ - آوازهای اضافی Addedsounds

۱ - **تعداد ضربان درفی دقیقه و Rhythem قلب** : درحالت نارمل دو آواز شنیده میشود که عبارت انداز آواز اول قلب که در سستول میباشد و آواز دوهم قلب که در صفحه دیاسستول میباشد .

این دو آواز به مثل Lab.Dup میباشد . حالاLab-Dup را برای یك دقیقه محاسبه نموده که این تعداد ضربان (Rate) قلب در دقیقه نشان میدهد. هم چنان باید تعین گردد که آواز های قلبی منظم ویاغیر منظم اند .

بی نظمی قلب درحالات ذیل دیده میشود (2-1)

۱- Extrasystole

۲ - Bundle bronch block (B.B.B)

۳- تسمم Digital

٤ - Atrial flutter

٥ - Atrial fibrilatian

٦ - Multiple ectopic beat

۲ - شدت آوازهای قلبی

شدت آواز اول قلب درحالات ذیل زیاد میگردد (2-3)

۱ - تضیق مترال ۲ -iaTachy card

۳ - Thyrotoxicosis ٤ - Systolic Hpertension

حالات هیجانی

شدت آواز اول قلب درحالات ذیل کم میگردد (1-2)

۱ - Canges tive Heart failure(CHF)

۲ - Rheumatic Carditis

۳ - عدم کفایه دسام مترال

٤ - ضخیم شدن جدارصدر

٥ - بلاك درجه اول قلب

آوازدوهم قلب متشکل ازدوقسمت است

۱ - aortic ۲ - Pulmonary

شدت Camponent ابهر درحالات ذیل زیاد میگردد (2)

۱- Hypertension

۲ - Atheroma ابهر

۳ - التهاب سفیلسی ابهر

٤ - اینوریزم ابهر

شدت Component ابهر درحالات ذیل کم میگردد .

۱ - تضیق دسام ابهر ۲ - عدم کفایه دسام ابهر .

شدت Component دسام Pulmonary درحالات ذیل زیاد میگردد .

۱ - Primory Pulmanary Hypertension

۲ - Cor pulmanale

۳ - تضیق دسام مترال

٤ - Left to Right Shunt

شدت Component شریان ریوی درحالات ذیل کم میگردد .

۱ - plumanary Stenosis
۲ - Pulmonary in campetence
۳ - Fallot;s tetralogy

۳ - تضاعف آوازهای قلب

A - تضاعف آواز اول قلب : میدانیم که آواز اول قلب از بسته شدن AV وال بوجود می آید. این آواز شده میتواند که درحالت نارمل Split یا مضاعف شنیده شــود زیرا که دسام مترال نظربه Tricospid کمی پیشتــربستــه شــود لاکــن ایــن Split در تضــیق متــرال و در Atrial septal detect (ASD) زیاد میگردد . (2)

B -تضاعف آوازدوهم قلب

قبلاً ذکر گردید که آواز دوهم قلب از بســته شدن دسام ابــهر و Pulmanary بوجود می اید ودسام ابهرنظر به دسام ریوی کمی پیشتر بسته میگردد ازین سبب تضاعف آوازدوهم قلب درحالت نارمل مخصوصاً در وقت شهیق شنیده میشود زیرا که در وقت شهیق خون زیاد به قلب راست آمده و مقدار زیاد خون ازشریان ریوی میگذرد و به این ترتیب بسته شدن دسام ریوی کمی به تاخیر می افتد و سبب تضاعف آوازدوهم قلب میگردد (1-2) شدت Component دسام ریوی درحالات ذیل زیاد میگردد .

شکایات عمده Chief Complaints

شکایات مهم وعمده که مریض رابه مراجعه به بیش داکتر وشفاخانه مجبور میسازد بنام Chief complaint یاد میگردد . شکایت عمده باید ازدهنی مریض به شکل اصلی تحریر گردد . همچنان تحت این عنوان شدت ودوام اعراض ذکرگردیده واز یاد آوری مرض صرف نظر گردد.

اگرمریض بگویدکه تنفس راکشیده نمیتوانم ویا درپاهای من پندیده گی موجد است باید داکتر ازاستعمال اصطلاحات طبي (اذیما) Oedema، عسرت تنفس(Dyspnea)اجتناب ورزد(۲)

سیروبدایت مریضی حالیه: (Present illness)

تحت این عنوان تمام حکایت مریضی حالیه مفصلاً ذکرگردد. یعنی تفصیل شکایات عمده که مریض رامجبور برفتن به شفاخانه نموده بیان گردد ، وبه مریض موقع داده شود که تکلیف خویش را ازشروع تاحالت موجوده مفصلاً بیان نمایند. باید داکتر ازسوالات که مریض به بلی یا نه جواب بدهد اجتناب ورزد ونیز طبیب باید مفهوم خود را در افاده مریض نگنجاند (مثلاً داکتر به مریض میگوید که درد دروقت قدم زدن پیدا میگردد . همین طورنیست) حال اینکه عوض این سوال باید به این ترتیب پرسیده شود(کدام اشیا سبب تولید دردشما میگردد)که به این ترتیب درمقابل این سوال مریض میگوید که عامل فلانی وفلانی سبب تولید و

Plumanary Hypertension - ۱
Right Bundle Bronch Block - ۲
Ventriculer Septaldefect (V.S.D) - ۳
Atrial septal defect (A.S.D)- ٤
۵ - امراض دسامی ریوی

Tri ple Rhythem - ٤

این آواز در اثر پرشدن سریع بطین ها بوجود می آید وبنام آواز سوم قلب نیزیاد میگردد . اسباب آن قرار ذیل اند (2-1)

a - اسباب فزیولوژیک

۱ - اطفال ۲ - در جوان ها که تا ۳۰ سال عمردارد ۳ - حاملگی

b - اسباب فزیولوژیک

۱ - احتشاء قلبی ۲ - عدم کفایه قلب .آوازدوهم قلب در apex خوبتر شنیده شد وآواز چارم قلب که بنام -Au ricrlar systo lic sound نیزیاد میگردد درحالت نارمل شنیده نمیشود ودرحالات ذیل بالای بطین راست خوب شنیده میشود .

۱ - تضیق دسام ریوی.

۲- فرط فشار ریوی Palmanary Hypertension .

۳ - بالای بطین چپ درSystemic Hyertension شنیده میشود.

٤ - دروقت موجودیتTachycardiaآواز سوم وچارم بالای دیگرمنطبق گردیده بنام SummaTion gallop یاد میگردد .

باید ذکر گردد که آواز سوم قلب Mlddiastolic بوده درحالیکه آوازچارم قلبPresystolicیا Late diastolic میباشد.

۵ - **آوازهای اضافی قلب :** - این آوازها به دونوع میباشد (1-2)

Exocardial - a

Endo cardial - b

Exocardial- a در حالات ذیل شنیده میشوند .

۱ - درموجودیت فستول وریدی شریانی یك نفخه دوامدار دریك ناحیه محدود شنیده میشوند .

۲ - در Fallot,s tetralogy شدید یا پیش رفته این آواز شنیده میشود که دراین حالت دربین شریان ریوی و قصبی یك تفمم کلان موجود بوده وبالای ریه ها یك آوازدوامدار شنیده میشود .

Patent ductus arteriosus - ۳ : دریــــن حـــالت یك Macchinary mur mur (ستولیك ودیاستولیك) درمسافه اول ودوهم بین الضعلی چپ شنیده میشود .

Peri cardial Friction Rub- ٤ : - درحالت Peri carditis شنیده میشود که درصفحه ستول و دیاستول موجود میباشد وصف آن به مثل مالیدن دو ورقه چرم به همدیگر میباشد و یا اینکه انسان بالای برف قدم میزند. وقتیکه مریض بطرف قدام خود را خم نماید و یا بالای ستاتسکوب فشار وارد گردد این نفخه زیاد میشود. انتشاروموقعیت نفخه روز بروزتغییر می نماید . فرق آن با Pleural Rub این است که در

وقت بندش تنفس نیزموجود میباشد لاکن Pleural Rub در وقت بندش تنفس ازبین میرود .

b آوازهای Endocardial

این آوازهای بنام mur murs (نفخه ها) یادمیگردد .

درجه بندی mur mur :- ازنظر شدت درجه بندی نفخه قرارذیل اند (2-1)

۱- نفخه درجه اول : - بسیارنازك یا Faint .

۲ - نفخه درجه دوم : - نفخه Faint .

۳ - نفخه درجه سوم : - بطورمتوسط بلند

٤ - نفخه درجه چهارم : - نفخه بلند همراه Thrill

۵ - نفخه درجه پنجم : - بسیاربلند loud

٦ - نفخه درجه ششم : - بسیارعظی Maximum

أقسام murmur یا نفخه ها

۱- وظیفوی ۲ -عضوی

۱ - نفخه های وظیفوی : - این نفخه ها باآفات عضوی یکجانبوده ودرحالات ذیل شنیده میشود (2-1) .

a - Hemicmurmur

b - مرمرهای تنفسی قلبی

a - Hemicmurmur

این نفخه هاازتغییرات لزوجیت خون بوجودآمده ودرحالات ذیل شنیده میشود

۱- anemia ۲ - Polycythemia ۳- سیروزکبد .

b - **مرمرهای تنفسی قلبی :** - این مرمرتوسط فشار های قلبی که به یك فصیص شش به شکل Rhythmic وارد میگردد بوجود می آید .

۲-مرمرهای وظیفوی درحالات ذیل شنیده میشوند (1-2)

۱-Thyro toxicosis. ۲ - hypertension ۳ - Fever تب

٤ - بعد ازفعالیت وتمرین ۵ - **حالات هیجانی** و Emotional .

۲ - مرمرهای عضوی:- این مرمرها در افات دسامی بوجود می آید وقرارذیل اند (2-1)

۱ - Obstructivemurmur : این نــوع نفــخه از بــندش Stenoseدسام ها بوجود آمده وبنام Forward obstruction یاد میگردد .

۲ - Back wardleakage که درعــدم کفایه دسام ها (Valvular inco mpetence) به میان آمده که بنام Regorgitation مرمر نیزیاد میگردد .

Organic murmur	Functianal murmur
۱- شدت آن با سپورت وتمرین زیاد میگردد ۲-بدیگر قسمت وجود انتشار دارد. ۳ - Thrill شاید موجود باشد ٤ -شدت مرمرتنفس وتغییر وضعیت تغییر می نماید.	۱-بعد از سپورت و تمرین از بین میرود. ۲ - انتشار ندارد . ۳ - Thrill موجودنباشد . ٤- شدت آن با تنفس وتغییروضعیت تغیرنمی نماید.

دراصغاء مرمرباید نقاط آتی را درنظر گرفت (2-1)

۱- Timing of murmur - باید معلوم شود که نفخه درصفحه دیاستول ویا ستول است .

۲ - P.M.I . باید شدت مرمرمعلوم گردد که درکدام محراق زیاد است بطورمثال اگریك نفخه درقلب خوب شنیده شود شاید به آفات دسام ابهر ارتباط داشته باشد .

۳ - انتشار مرمر Radia tiaon of mur mur .

٤ - Character of mur mur .

٥- ارتباط به تنفس Ralation ship of murmu[۲] with Respiratian

Timing of mur mur دروقت اصغاء قلب باید دقت شود که مرمردرصفحه Systol ویا Diastol ویادر هردوصفحه شنیده میشود که برای این منظور باید شریان Carotid (ثباتی) ویا apexbeat ویاضربان شریان ثباتی یکجا با اصغاء جس گردد اگرنفخه همزمان باجس شریان ثباتی یا apex beat شنیده شود به صفحه Systol ارتباط دارد وبنام مرمر Syntolic یاد میگردد . واگرنفخه همزمان باجس شریانی ثباتی یا apexbeat شنیده نشود ارتباط به صفحه دیاستول داشته وبنام نفخه دیاستولیك یاد میگردد .

مرمرهای ستولیك : - این نفخه ها درحالات ذیل شنیده میشود (2)

۱- تضیق ابهر ۲ - عدم کفایه مترال ۳ - عدم کفایه Tricuspid

٤ - تضیق دسام ریوی ٥ - V.S.D ٦ - A.S.D

مرمرهای Diastolic :- این نفخه های درحالات ذیل شنیده میشود (1-2)
۱ - عدم کفایه ابهر ۲ - تضیق دسام مترال ۳ - تضیق دسام Tri-cuspid ٤ -.عدم کفایه دسام Pulmonary .

آفـــات دســـامی

آفات دسام مترال

a - Mitral stenosis تضیق دسام مترال (1-2)

مرمرآن meddiastolic بوده شدت آن در Apex زیاد است وصف آن Rough, Rumbling میباشد .این مرمر موضعی بوده انتشار ندارد . در وقت ذفیرشدت آن زیاد و دروقت شهیق شدت آن کم میگردد.

یعنی مرمرهای که ازطرف راست قلب منشه میگرد دروقت شهیق شدت آن زیاد میگردد ومرمرهای که ازطرف چپ قلب منشه میگرد شدت آن در وقت ذفیرزیاد و دروقت شهیق کم میگرددمقدار زیاد خون ازشش بطرف چپ قلب داخل میگردد ازهمین سبب است که در وقت شهیق مرمرهای طرف راست قلب به شدت آن افزوده میشود ودروقت ذفیرمرمرهای طرف چپ قلب ازدیاد می یابد.

علایم دیگری که با تضیق مترال همراه میباشد .

۱ - شدت آواز اول قلب زیاد میباشد .

۲ - Pre Systolic accentuation of mur mur : - که ازتقلص اذین بمیان می آید .

۳ - Opening Snap ازسبب بازشدن فشاری دسام مترال بمیان آمده

که در apex خوب شنیده میشود .

٤ - احتقان ریوی .

٥ - Rigth Ventricle Enlargment (کلان شدن بطین راست)

grahm steel murmuy (عبارت ازمرمردیاستولیك بوده که درمحراق شریان ریوی شنیده میشود)

باید ذکر گردد که نفخه Diastolic تضیق مترال اگرمریض به پهلوچپ خوابانده شود خوب شنیده میشود .

b - عدم کفایه Mitral

نفخه آن Pansystolic(Holo systolic) بوده ودر apexخوب شنیده میشود این نفخه soft و Blowing وصف دارد.انتشارآن بطرف ابط axilla وپشت میباشد.

ارتباط آن باتنفس به مثل تضیق مترال است .

علایم دیگر عدم کفایه مترال قرار ذیل اند

١- Left Veutri cular Enlargment (کلان شدن بطین چپ) .

٢ - آواز اول قلب پائین میباشد .

٣ - بطین راست نیز کلان شده میتواند .

آفات دسام Tricrspid

A - تضیق دسام Tricuspid : - مرمرآن Meddiastolic بوده و شدت آن درمحراق Tricuspidزیاد میباشد. وصف آن Rough است بکدام طرف انتشار ندارد . ارتباط آن با تنفس قبلاً ذکر گردیده است .

علایم دیگرتضیق دسام Tricuspid قرارذیل اند (1-2) .

۱ - بطین راست کلان نمیگردد .

۲ - ورید های گردن برجسته میگردد.

۳ - موجه a در گردن برجسته دیده میشود .

B - عدم کفایه Tricospid - نفخه Pansyitolic بوده شدت اعظمی آن درمحراق Tricospid میباشد. وصف آن Soft وانتشار آن بطرف epigastric میباشد. ارتباط آن با تنفس پیشتر ذکرگردیده است .

علایم دیگرعدم کفایه دسام Tricospid قرارآتی است (1-2)

۱-جگر کلان ونبضانی .

۲ - وریدهای گردن نبضانی وموجه V متبارز میباشد

۳ - کلان شدن بطین راست .

آفات دسام ابهر

a – تضیق دسام ابهر : نفخه آن Ejectionsystolic بوده شدت اعظمی آن در محراق ابهر است دربعضی مریضان شدت آن در apex میباشد .

وصف مرمر Rough و Harsh میباشد .

انتشارمرمر بطرف گردن به امتداد شریان ثباتی ویا به ناحیه

epigastric میباشد ارتباط آن با تنفس قبلاً ذکرگردیده است .

علایم دیگرتضیق ابهرقرارذیل اند (1-2)

۱ - low volume pulse (کم بودن حجم پلس)

۲ - pluse anacrotic

۳ - آواز دوهم قلب خفیف میباشد .

b - عدم کفایه دسام ابهر :

نفخه آن Early diastolic بوده شدت اعظمی آن درمحراق ابهر است وصف آن Soft وبه آواز پس پس R شباهت دارد (1-2) .

انتشارمرمر بطرف apex است علایم دیگرعدم کفایه ابهر قرار ذیل اند (1-2)

۱ - Water Hummur Pulse

۲ - Capiliary pulsatian (Quink,s sign)

۳ - Pistol shot sound که بالای شریان فخذی شنیده میشود .

٤ - Austin Flint mur mur : این نفخه در دسام مترال شنیده میشود .

٥ - Corrigon Pulsatin : - که بنام Dancing of Carotid artery نیزیاد میگردد

٦ - Left ventricle Enlargment (کلان شدن بطین چپ)

۷ - Duroziez murmur که بالای شریان فحذی شنیده میشود .

۸ - High Pulse Pressure ازدیاد Pulse Pressure .

۹ - آواز دوهم قلب پائین میباشد .

۱۰ -Demozit sign - درین حالت همراه هرضربان قلب سرمریض حرکت میکند..

Pulmonary Velve lessions

(آفـــات دسام ریـــوی)

a - pulmonary Stenosis : نفخه آن Ejection systolic بوده شدن اعظمی آن درمحراق Pulmmary میباشد وانتشار ندارد . ارتباط آن با تنفس قبلاً ذکرگردیده است .

علایم دیگر تضیق دسام Pulmaronry قرارذیل است (2-1)

۱- Right Vemtricular Enlargment

۲ - پائین بودن آواز دوم قلب .

b - عدم کفایه دسام ریوی : -

نفخه آن Early diastolic بوده شدت آن درمحراق ریوی میباشد . وصف آن Soft ارتباط آن با تنفس قبلاً ذکرگردیده است .

علایم دیگرعدم کفایه دسام Pulmonary قرارذیل اند .

۱ - Right Ventricle Enlorgment

۲ - پائین بودن آواز دوم قلبی

تشدید دردمن میگردد. (۱-و ۲)

زمانیکه تمام معلومات جمع آوری گردید طبیب باید به دقت اوصاف عمده هرعرض به شکل جداگانه ترتیب وتنظیم نمایند . یعنی وصف هرشکایت ، تاریخ شروع، جایی،دوام،ارتباط به فعالیت های وظایف وجود، تشدید شدن ویا آرام شدن توسط دوا(دوای که مریض اخذ نموده است) از مریض پرسیده شوند.

علاوه از درد اگر مریض دیگر اعراض وشکایات داشته باشند باید توسط جوابات ذیل در باره هریکی معلومات جمع آوری گردد.

وصف :دردشاید به چند شکل ازطرف مریض ارائیه میگردد یعنی درد شاید سوزنده، تیز، سنگین ، شدید، سوراخ کننده یاوصف ضربوی داشته ویااز نظر شدت خفیف ،متوسط ویابه شکل شدید ارائه میگردد.

علاوه ازین درد دفعتاًویا بصورت تدریجی ظاهر گردیده است .

دوام درد:- پرسش دوام درد ضرور است که دوام دردثانیه ها ، دقیقه ها ساعت ها ویا به شکل دوامدار موجود میباشد.

شروع درد : - ازکدام وخت مریض ازین تکلیف شاکی میباشد.

موقعیت : - موقعیت وجای درد اهمیت کلنیکی داشته که درد مذکور درناحیه ناف، صدر ویاپاهاموقعیت دارد. ونیز پرسان شودکه درد جابجا بوده ویا بگرام طرف انتشار دارد.

Other importent mur murs

مرمرهای مهم دیگرقرارذیل اند (2-1)

Graham steelmurmur : - عبارت از نفخه دیاستولیك بوده که در محراق ریوی خوب شنیده میشود این مرمردر تضیق مترال موجود بوده و از Back Pressure که سبب توسع شریان ریوی میگردد وسبب عدم کفایه دسام ریوی میگردد پیدا میشود .

Austin Flint murmur - b : ایــن مــرمــر Lat یا Meddiastolic بوده ودرمحراق مترال خوب شنیده میشود این مرمر درعدم کفایه ابهرموجود بوده ودر صفحه Diastol خون که از ابهر به بطین چپ میریزد یك Cusb دسام میترال را بطرف بالا تیله نموده که درنتیجه تضیق وظیفوی Cusb های مذکور به میان آمده وسبب بوجود آمدن این مرمرمیگردد .

Durozies murmur - c - اگر بالای شریان فخذی توسط دیافراگم ستاتسکوپ فشارآورده شود نفخه های ستولیك ودیاستولیك در عدم کفایه ابهر شنیده میشود .

Cary Comb, s mur mur- d : -عــبارت ازنــفخه med diastolic بوده ودر Rhaumtic carditis درمحراق مترال شنیده میشود .

Segal murmur - e : - عبارت از نفخه musical دیاستولیك

بوده که درعدم کفایه ابهرشنیده میشود ودرتضیق ابهر در تکلس ابهروSBE(Sub acuteBa cterial Endo carditis) شنیده میشود.

f - Gibson mur mur : -عبارت ازنفخه ستولیك ودیاستولیك بوده وشباهت به machinary مـــرمـــــر دارد ودر patentductus ، arteriosus شنیده میشود .

تشخیص جریان خون اطراف سفلی (1-2)

Hummontest : - در thrombophlibitis اگرپنجه قدم مریض رابطرف قدام قات شود (Dorso flexion) درد درعضلات ساق یا -Popli tal spaceاحساس میگردد که این را بنام Humman test یا Hummon sign یاد می نماید.

Lowen oberg test : - ازقسمت ماوفه پا اله فشار بسته گردیده وبعداً به آله فشار هوا داخل میگردد درحالت نارمل درفشار 160mm Hg درقسمت پائین پادرد وناآرامی احساس میگردد حال آنکه دربندش وریدها از 160ml سیماب به فشار پائین (140-150mmH g) نا آرامی ودرد در پای احساس میگردد .

Buerger Test : - مریض بالای بستر به استجاع ظهری خوابیده و پای او ٤٥ درجه از بستر بالا گردد درحالت نارمل رنگ گلابی کف پا باقی ماند . اگر رنگ آن خاسف گردد دلالت به کمبود جریان خون می نماید . حالا مریض را بصورت فوری بالای بسترنشسته وپای آنرا از چپرکت آویزان نماید درین حالت دیده میشود که در چقدر وقت ساق وکف پا سرخ میگردد و اورده های آن پرمیگردد این وقت را یاد داشت نمائید . درحالت نـــارمـــل در

ده ثانیه وریدها پرمیگردد . اگرپرشدن وریدها از ۱۰ثانیه وقت زیاد بگیرد دلالت به تشوش دوران محیطی می نماید .

اگردرد پا توسط بلند شدن ازبین برود دلالت به بندش ورید ها می نماید واگر درد پا توسط آویزن شدن پا معدوم گردد دلالت به بندش شرائین می نماید .

معاینات لابراتواری وانسترومینتل امراض قلبی

Investigation Of Cardiac Diseases

درتشخیص امراض قلبی علاوه ازتاریخچه مریض ، معاینات فزیکی معاینات لابراتوری ازقبیل رادیوگرافی صدر، Phono cordiography ،Echocardiogrophy ،Radioscopy Cardiac cathetarisation ، Scaning و ECG اهمیت خاص دارند

Radio logical Examination : - رادیوگرافی صدر (Chest)

در باره size و shape قلب معلومات مهم میدهد ونیز درباره امراض شش معلومات ارزنده را وانمود میسازد در رادیوگرافی P.A (Posterior-Anterior) در باره کلان شدن قلب معلومات ارائه می نماید ، وهم چنان در باره بزرگ شدن اجواف قلبی در فلم xray معلومات میدهد .(1-2)

درفلم xray دیده میشود که اگرقطرعرضانی قلب نظر به نصف قطرعرضانی صدر کلان باشد دلالت به بزرگی قلب می نماید . اگربه مریض باریوم ازطریق دهن داده شود وعکس صدر به وضعیت Lateral اخذ گردد کلان شدن اذین چپ (درصورت که تضیق دسام مترال موجود باشد) از آن

معلوم میگردد . یعنی درین حالت ازین چپ از سبب فشار بلند بالای مری فشار آورده و مری را تیله می نماید که سبب تنگ شدن مری میگردد رادیوگرافی جنبی یا Lateral صدر در تشخیص Calci fication دسام مترال وابهر کمك می نماید که این تغییرات در رادیوگرافی PA بخوبی دیده شده نمیتواند. (1-2)

درعدم کفایه قلب چپ فشار دراوعیه های ریوی بلند رفته و در ورید های شش توسع به میان آمده که در رادیوگرافی صدر در ریه ها علایم احتقان مشاهده میگردد درازیمای بین.الخلالی شش که ضخامت حجابات وتوسع اوعیه های لمفاوی را بوجود می آورد وبه مثل خطوط افقی در زاویه costophrinic دیده میشود که بنام Kerley -B-line یاد میگردد موجود میباشد . Pleural effusion درامراض ولادی قلب (Left To right shunt) دیده شده میتواند که درین حالت جریان خون به شش های اضافه گردیده و توسع شریان ریوی را بار می آورد و Vascularmarking بصورت متبارز معلوم میگردد . (1)

در Pericardial Effusion (انصاب پریکارد) قلب بصورت عمومی کلان شده و شکل یك ناك کلان را میگرد ازطرف دیگر در Con-strictive Pericordifis تکلسات درقلب دیده شد، وقلب بصورت عمومی کلان معلوم میگردد .

همچنان در Pulmonary arteriolar Hypertension توسع شریان ریوی و هم توسع شراین proximal را سبب شده لیکن

marking محیطی وعاي به شکل برجسته دیده نمیشود .

Screening و Rodio Scopy

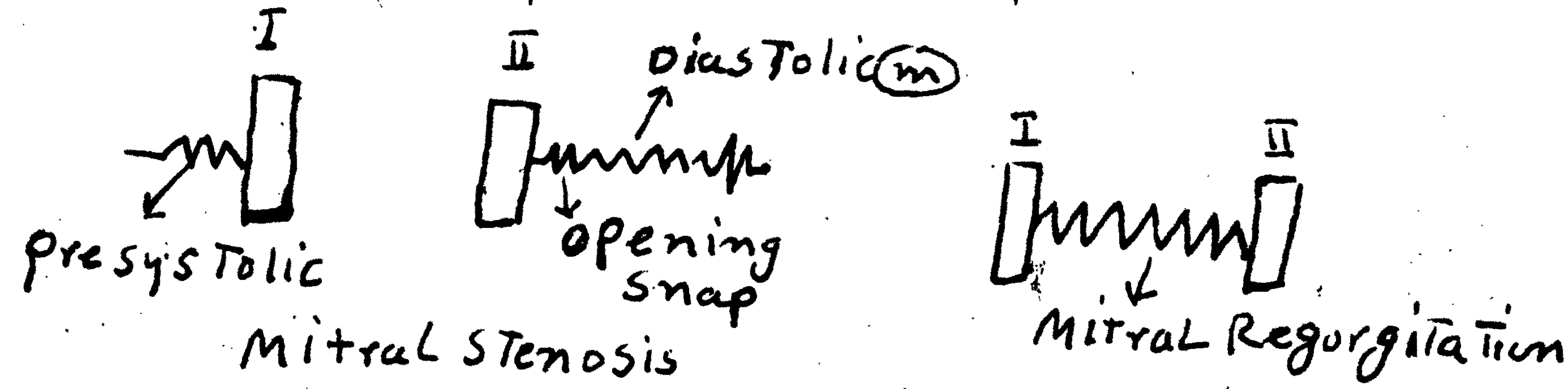
رادیو سکوپی قلب Pulsation غیرنورمال قلبی Calcificaton دسامی را تشخیص می نماید . استعمال مهم رادیوسکوپی در Cathetarization قلب و Pacemaker implantationمیباشد (2)

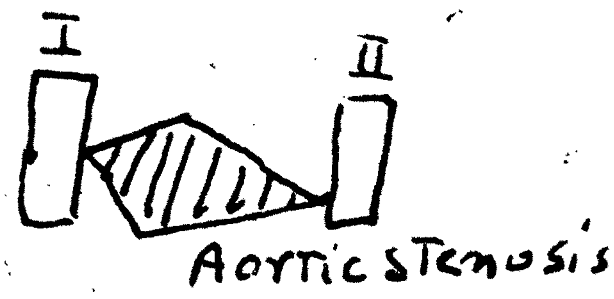
Echo Cardic grephy

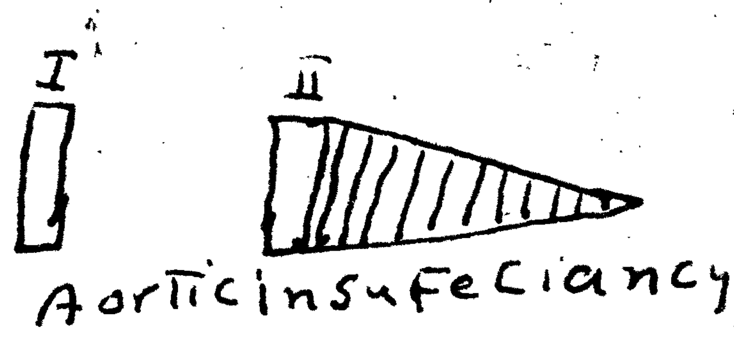
ultra sound قلب در باره حرکات وبیجاشدن رسا مات معلومات را ارائه می نماید . هم چنان در باره ساختمان قلب کلان و اجواف آن، دسام های قلبی ونیز درباره تضیق وعدم کفایه دسام ها معلومات کافی میدهد معلومات فوق توسط ultra sound wave یا موجه ultras`found که ازعضله قلبي به جدار صدر انتشار می یابد حاصل میگردد (4) این معاینه بسیارساده بوده و دربسترمریض اجرا شده میتواند

Phone cardio graphy

توسط فونوکادریوگرام آوازهای قلبی و مرمر ها ریکارد شده و پرابلم های سخت اصغا را روشن میسازد . مرمر های تضیق مترال ، عدم کفایه مترال ، تضیق ابهر عدم کفایه ابهر در زیر رسم گردیده است (2) .







Cardiac Cathetarization

Right Heart Cathatarizatian : - يك كتير مخصوص از راه Femoral veinيا Bracheal veinبه اذين راست توسط مشاهده تلويزيون رسانده ميشود به همين ترتيب كتيتر مذكور به بطين راست وشريان ريوى داخل ميگردد . (6) كه البته مواد كشيفه در اذين راست، بطين راست وشريان ريوى از راه كتيتر رزق ميگردد وهمچنان توسط كتيتر مذكور خون ازقسمت هاى فوق براى معاينه گازات گرفته ميشود كه درهر Simple آن فشار قسمى O2,Co2 تعين ميگردد اگر ASD يا VSD موجود باشد مواد كشيفه ازطريق Shunt بطرف قلب چپ مى رود كه اين مواد توسط گرفتن عكس Xray معلوم ميگردد. اگر ASD يا Foram en Ovale بازموجود باشد كتيتراز اين را ها به اذين چپ داخل شده ميتواند كه به اين ترتيب نمونه خون از اذين چپ گرفته شده ميتواند و ازين راه كتيتر به بطين چپ و ابهر راهنماى شده ونمونه هاى خون ازين مواضع گرفته ميشود . اگرASD موجود نباشد توسط يك سوزن از راه همين كتيتر در Septum اذينات داخل شده واز اذين چپ نمونه خون اخذ ميگردد . براى اينكه كتيتر به آسانى از اذين راست به بطن راست وشريان ريوى به آسانى داخل گردد درنهايت كتيترمذكور يك بالون خورد وصل شده كه به اين بالون در اذين راست كمى هوا داده كه به اين ترتيب بالون مذكور به سمت جريان خون رهنماى ميگردد وبه بسيارآسانى كتيترمذكوربه بطين راست وشريان ريوى داخل ميشود . درعصرحاضر كتيتر هاى مخصوص بميان آمده كه در

ICU (Intensive careunit) استعمـــال میگـــردد بمثـــل Swan -Ganzcathetar. در موجودیت این کتیتر مریض به دیپارتمنت رادیوگرافی منتقل نمیگردد و در Icu کتیترایزیشن اجرا میگردد .

Left Heart Cathetarization : - یك کتیترمخصوص زیرنظر تلویزیون در Femoralartery داخل ودر ابهر بطرف بطین چپ بالا برده میشود تا به بطین واذین چپ برسد. در اثنای این عملیه نمونه های خون ازقسمت های مختلف قلب چپ گرفته میشو و نیزمواد کثیفه درهرقسمت زرق میگردد (6) .

اگر ASD موجود باشد مواد کثیفه بطرف قلب راست میگذرد دراثنای Cathetarization قلب فشارهای اجواف قلبی معلوم گردیده ونیزتضیق دسام ها و اندازه آنها و End diastolic Pressure اجواف قلبی وظرفیت آن معلوم میگردد .

هم چنان درجه اشباع خون توسط O2 دراجواف مختلف قلب نمایان میگردد ازطرف دیگر اندازه دهانه قلبی (جریان خون ریوی وسستمیك) محاسبه شده میتواند بطورخلاصه معلومات که از Cathetarization قلب بمیان می آید قرار آتی است (2) .

١ - معلوم نمودن تضیق دسام ها

٢ - معلوم نمودن سایز دسام ها

٣ - معلومات در باره دهانه قلبی

٤ - معلومات درباه Shunt وسایز آنها

٥ - معلومات در باره وظایف اجواف قلبی

Radio Nuclide Scaning

این معاینه بدوطریق ذیل اجرا میگردد .

۱ - **Blood Poolscaning** : - یك ماده ایزوتوب را در دوران زرق نموده وتوسط یك کمره مخصوص گاما (γ) ایزوتوب دورانی تعقیب میگردد. ودرقلب مطالعه ایزوتوب مذکور درصفحه های مختلف سیکل قلبی اجرا میگردد که به این وسیله Size و Shape قلب معلوم میگردد اگرکمره مذکور به ماشین ECG وصل گردد بصورت جمعی در باره سیکل های متعدد قلب معلومات میدهد . هم چنان استعمال این طریقه درباره وظایف بطین چپ وانیوریزم آن معلومات داده میتواند . (6)

۲ - **Myocardial Scaning**، در ین طریقه Radio active Lithium استعمال میگردد که توسط کمره (گاما) تعقیب میشود توسط این طریقه درباره Ischeic Heart disease معلومات حاصل میگردد . هم چنان درمورد عضله قلبی نورمال وماؤف توسط این معاینه معلومات حاصل میگردد .

اگردر دوران مواد Radio active ، Ventilation- Perfusion Scaning اجرا گردد در باره تشخیص امبولی ریوی معلومات فوق العاده میدهد (6)

فصـــــل چهـــــارم

ELECTRO CARDIOGARPHYE(ECG}

پیدایش تنبیه وامواج ECG درسیستم انتقالی قلب :-

تغییرات الکتریکی که درقلب پیدا شده توسط ECG ریکارد میگردد، تقلصات قلبی که توسط تنبهات که در الیاف مخصوص عصبی عضلی پیدا وبنام سیستم انتقالی قلب یاد میگردد بوجود می اید .این سیستم عبارت ازعقده SA (Sino at rial node) یا Keith.Flack باسه شعبه عصبی عضلی اذینی آن، عقده AV {Atrio-Ventricol arnode} Aschofftavara، حزمه HiS ، بـــندل هـــای راست وچپ والیاف Purkinjie میباشد.

درحالت نورمال حرکات قلب عقده SA به عهده دارد ، این عقده در اذین راست نزدیك S.V.C موقعیت دارد . ازعقده SA تنبیه توسط الیاف مخصوص عصبی عضلی در اذینات انتشار میابد و آنها را تنبیه می نماید.

بعداً تنبیه به عقده AV آمده و از راه حزمه His وبندل های بطنیات در بطنیات انتشارمی یابد . وبطنیات را تنبیه می نماید . درباره پیدا شدن تنبیه قبول گردیده که از ازدیاد وکمبود پوتانسیل برقی در هردوطرف

غشای حجروی بصورت Rhythmic بوجود می آید درحالات استراحت در داخل غشای حجروی پوتانسیل برقی (-90mv) میباشد که به ایون های K ارتباط دارد .یعنی ایون های پوتاشیم 150 meq/L در داخل حجره و 5meq/L درخارج حجره بوده که نسبت آن ۱ : ۳۰ است که همین تفاضل پوتانسیل gradiant (-90mv) برق را تولید می نماید باید یادآورگردید که عقده SA نظر به دیگر نقاط سیستم انتقالی زود به قدم میرسد . که به این ترتیب درین عقده تنبیه زود پیدا گردیده و دیگرتنبهات که درستیم انتقالی درحالت پیداشدن میباشد آنها را بلاک می نماید. به این ترتیب عقده SA حرکات نورمال قلب را به عهده دارد (5) .

ازتنبیه شدن اذینات (Depolarization) در ECG موجه P پیدا و از Repolarization آن ها موجه Pa پیدا و در Complex ، QRS گم میگردد ودر ECG موجه Pa دیده نمیشود .

چونکه در عقده AV تنبیه به آهستگی میگذرد در ECG انتروال PQ پیدا میگردد. از Depolarization بطنیات کمپلکس QRS بوجودآمده و از Depolarization تام عضله قلبی در مرحله آخرسگمنت ST حاصل میگردد .

باید ذکرگردد که موجه Q از Depolarization حجاب بین البطینی بوجود می آید بعد ازصفحه Depolarization بطنیات صفحه Repo-larization از Epicard بطرف Endocard شروع میگردد ودر ECG T رسم میگردد بعضی اوقات موجه U نیز در ECG دیده میشود که از

ارتباط به فعالیت های فزیولوژیک

فعالیت های روزمره سبب خوب شدن ، زیادشدن ویا تشدید ان میگردد ، ایا درد به وضعیت مریض یعنی حالت استادن نشستن ، استراحت کردن وفعالیت زیاد ارتباط دارد یا خیر ؟ همچنان درد توسط خوردن غذا ، دروقت خواب ، حالات روحی زیاد ویاکم میگردد.

تاثیرات درد: درد توسط مشکوله گرم یا یخ کم ویا تشدید میگردد . اگر مریض توسط دیگر داکتران تداوی شده باشد باید نوع دوا ذکر گردیده ونیز تاثیرات ان ذکر گردد.

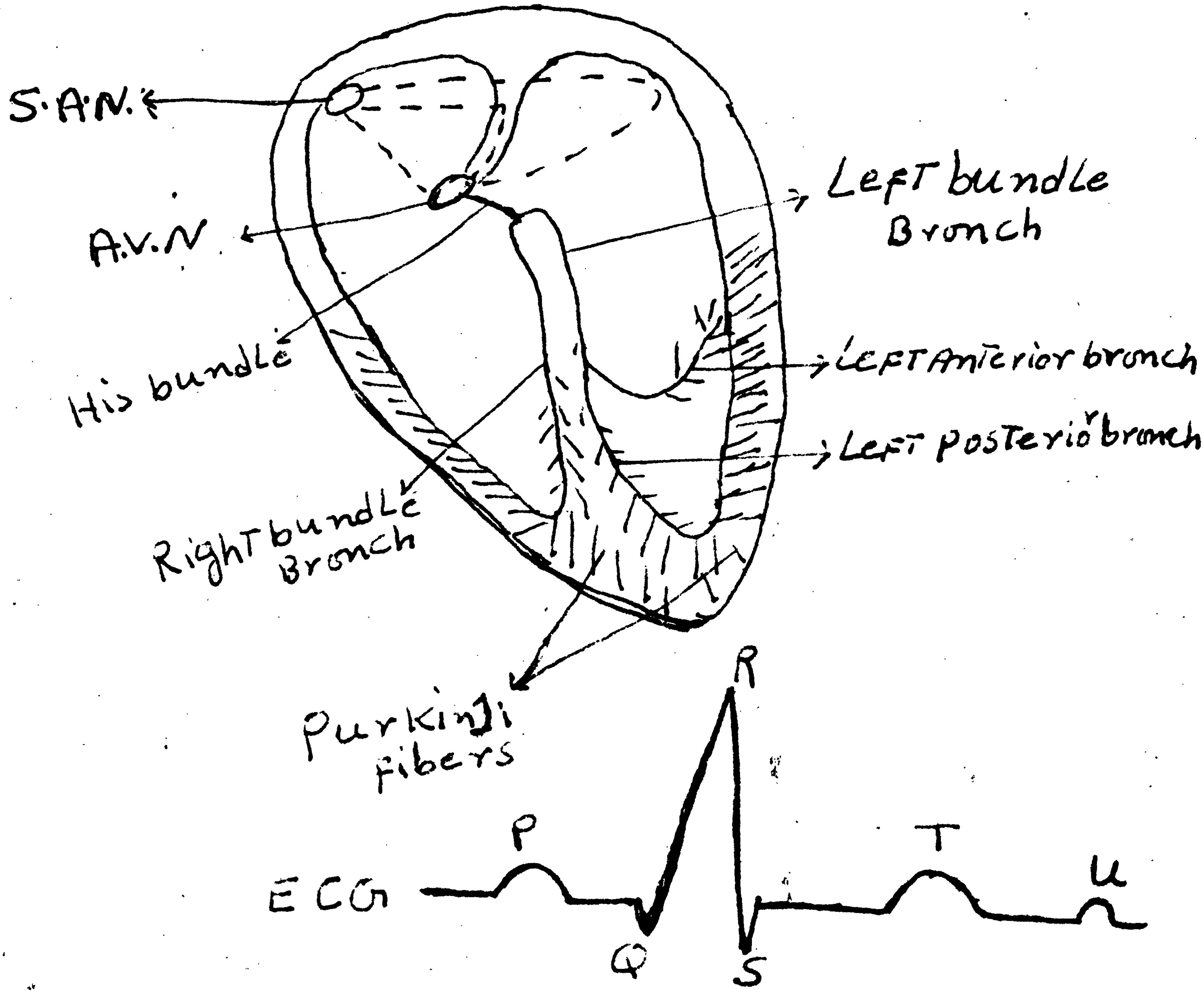
تاریخچه گذشته (Past history)

درتاریخچه سابقه باید تمام امراض،عملیات ها ، تعداد بستر شدن در شفاخانه ها مفصلاً ذکر گردد ، مثلاً تب روماتیزم Rheumatic fever درزمان بچه گی سبب عدم کفایه احتقانی قلب (C.H.F) درعمر متوسط یا درمرحله اخر عمرمیگردد ، که درین حالت علت اصلی مریضی قلبی تحت روماتیزم که در بچه گی گذشتانده میباشد(2) .

درتاریخچه گذشته یاد آوری ازامراض طفلی نیز میگردد (اگرمریضی حالیه بمثل مریضی طفلي ویا بقایای امراض طفلی میباشد قابل اهمیت است.)

Repolariztion الیاف Purkingeبه نظر زیاد تر علماحاصل میگردد . باید ذکرگردد که در Depolarization و Reploarization قلبی تبادله ایون های Na و K در داخل وخارج غشای حجروی صورت میگرد که این مبحث در فزیولوژی مفصلاً ذکرگردیده است (5) .

شیمای سیستم انتقالی قلب درشکل ذیل ملاحظه نمائید



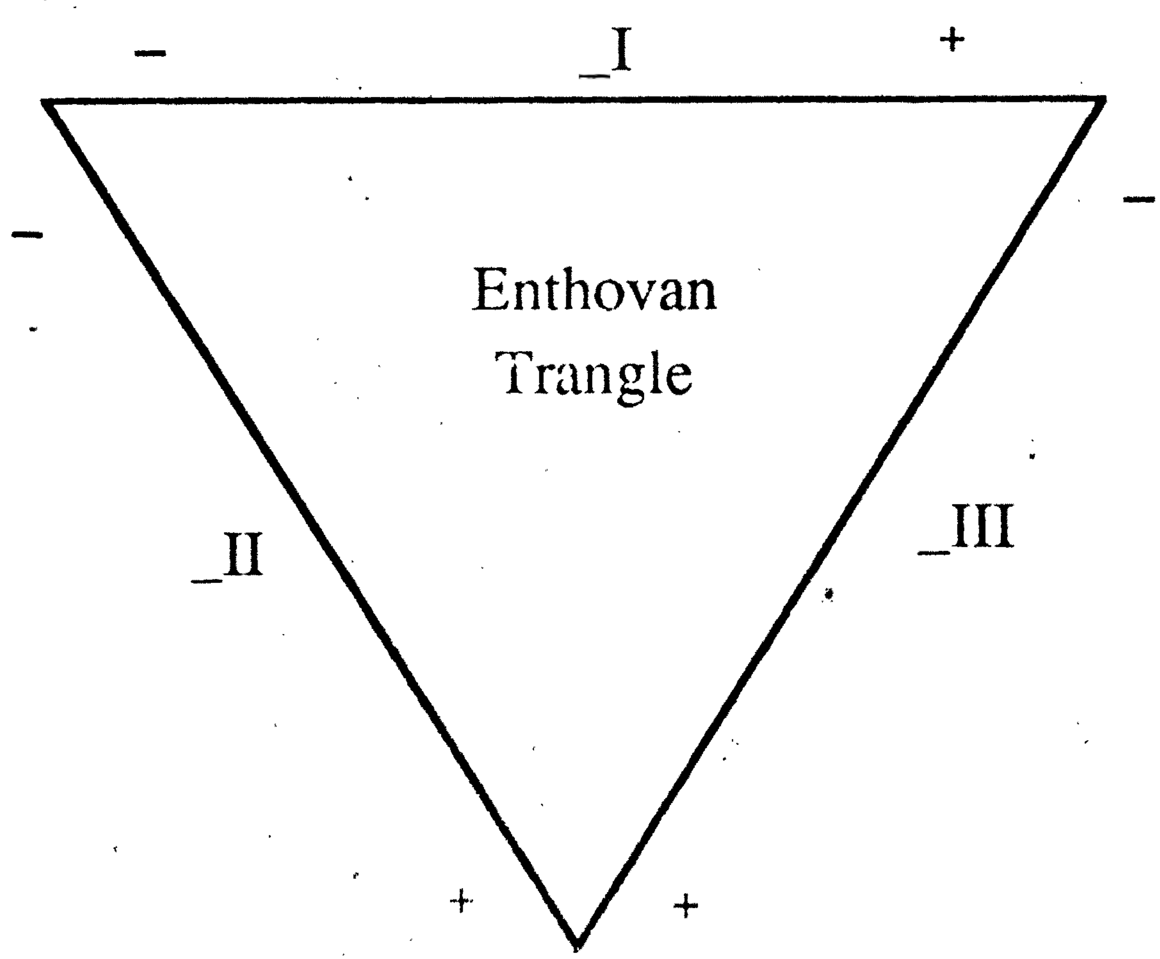
(Leads of ECG) ECG لیدهای

(Limbleads) Bipolar leads : - این لید ها عبارت از لیدهای I.II.III که بنام لیدهای DI,DII,DIII نیزیاد میشوند میباشند (2-5)

Lead I :-این لید پوتانسیل برقی دست راست وچپ را نشان میدهد .

Lead II : - این لید پوتانسیل برقی دست راست وپای چپ را ارائه می نماید

Lead III. :- این لید پوتانسیل برقی دست چپ وپای چپ را ارائه می نماید که در مثلث Enthovanنشان داده شده است.



لیدهای یک قطبه Mono Polar leads

این لید های عبارت از aVL, aVR. aVF میباشد (2) که a=augomented (بسیارقوی)

R= Right و V=Voltage

L= Left و F= Feet را نشان میدهد

یعنی aVR عبارت از آن لیدی است که پوتانسیل برقی دست راست را نشان میدهد که درین وقت الکترود دست راست مثبت و دیگرهامنفی میباشد

aVL : عبارت ازلیدی است که ولتاژ قوی دست چپ را نشان میدهد که درین وقت الکترود دست چپ مثبت و دیگرالکترود ها منف میباشد.

aVF : عبارت از لیدی است که ولتاژ قوی پای را نشان میدهد که در این وقت الکترو پای مثبت و دیگرها منفی میباشد.

Pericardial Leads یا **Chest Leads** : - این لیدها عبارت از لیدهای اند که درناحیه Pericard نهاده میشوند ودرمعاینات روتین از V1-v6 استعمال میگردد (1-2-5)

V1 : - این الکترود در مسافه چهارم بین الضعلی طرف راست نزدیك عظم قص نهاده میشود .

V2 : - این الکترود درمسافه چهارم بین الضعلی چپ نزدیك عظم قص نهاده میشود.

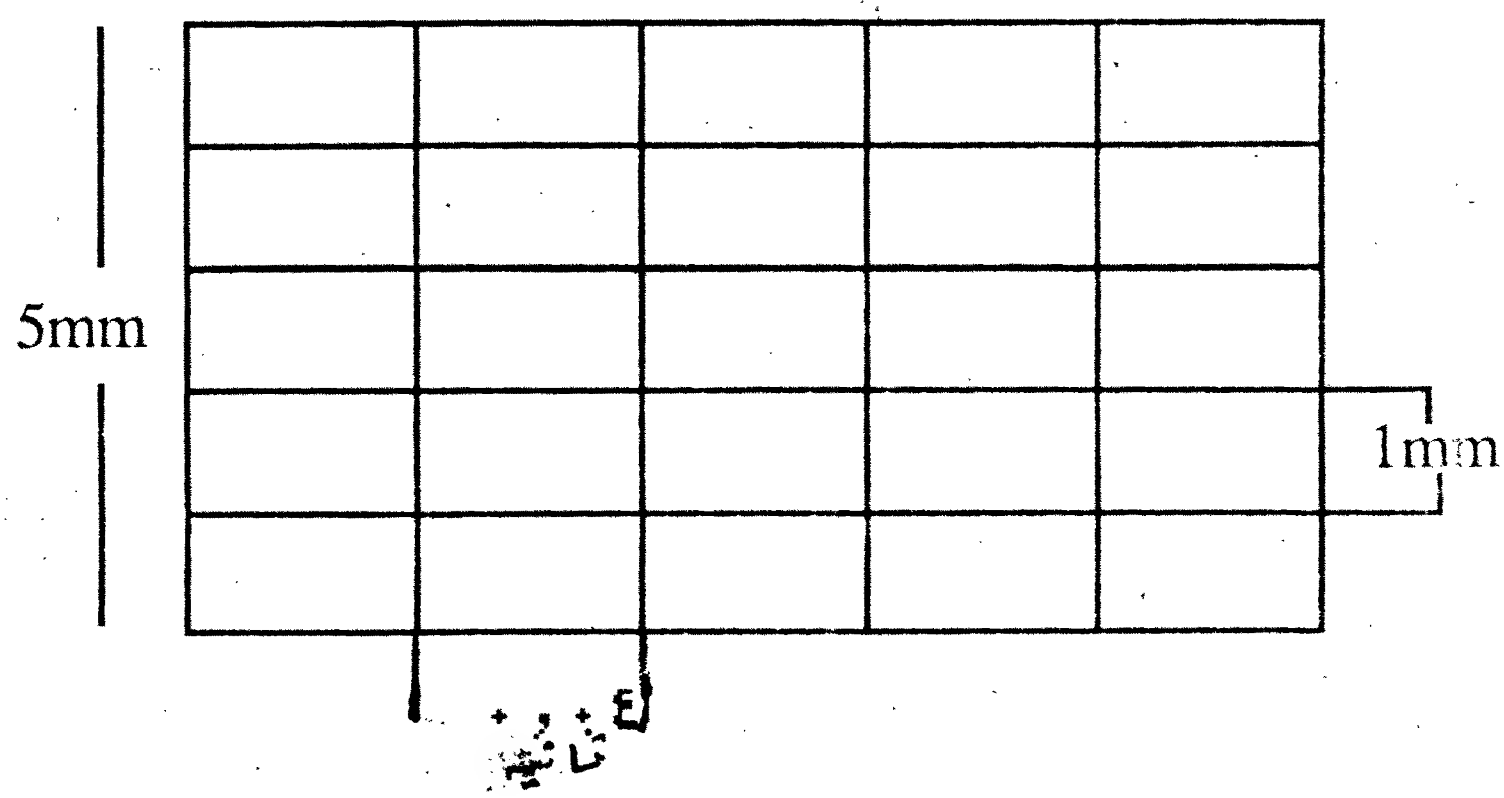
V3 : -این الکترود در بین V2 و V4نهاده میشود .

V4 : -این الکترود درمسافه پنجم بین الضعلی چپ در Medcla-vicular lineنهاده میشود

V5: - این الکترود درمسافه بین الضعلی پنجم چپ Anteriorax-iliary line نهاده شود.

V6 : - این الکترود درمسافه پنجم بین ضعلی چپ در Medaxiliaryline نهاده میشود .

تخنیک ECG : - اگربه کاغذ ECG نظر انداخته شود دیده میشود که از دوقسم مربع ساخته شده است یك نوع آن مربع های خورد و نوع دیگرآن مربعات کلان میباشد طول وعرض مربع های کلان مساوی (5x5) و ارتفاع هرمربع خورد 1mm واگر از نظر وخت محاسبه گردد بصورت افقی 0.02 Sec میباشد به شرطیکه کاغذ ECG ازماشین 50 mm / 1sec بگذرد واگرکاغذ 25mm/ 1sec ECG ازماشین بگذرد مربع خورد مذکور ازنظر وقت به ۰,۰٤ ثانیه مبدل میگردد . درین اواخر ازطریقه 25mm استفاده می نماید زیرا که درین طریقه کاغذ ECG کم مصرف میگردد . پس گفته میتوانیم که ٥ مربع خورد ٥ ملی متر و وقت آن ها 0.20 Sec میشود . قبل از اخذ ECG باید تست Voltage اجرا گردد که این Voltage عبارت از 1mv برق بوده که به 10mm مساوی است (2) .



سرعت کاغذ ECG 25mm فی ثانیه

ECG نورمال وتعریف قطعات آن

موجه P : - این موجه از Depolarization اذینات بوجود آمده وعموماً موجه مثبت بوده ، در LeadII خوبترملاحظه میرسد .

اندازه نورمال آن 2mm ودر aVR منفی ودر V1 دوفازه (Biphasic) میباشد. وسعت آن 0,06-0,1sec است (2)

PR interval : - عبارت از وقتی است که تنبیه از عقدهء SA تا بطنیات میرسد و ازشروع P تا به شروع QRS محاسبه میگردد اندازه نورمال آن 0.12-0,2 ثانیه میباشد .

موجه Q : - عبارت ازموجه منفی بوده واز Depolarization حجاب بین البطینی بوجود می آید . ارتفاع نورمال آن از چارم حصه R مربوط کم میباشد؛ وسعت این موجه تا ۰,۰۳ ثانیه درحالت نورمال میباشد (5) .

QRS Camplex : - این Complex از Depolarization بطنیات بوجود آمده ، اندازه نورمال آن 0,01-0,06 ثانیه میباشد .

موجه R : - عبارت از موجه مثبت است که بعد از Q بوجود می آید

موجه S : - عبارت ازموجه منفی است که بعد ازموجه R موجود میباشد در لیدهای ستندرد موجه Q از 2mm زیاد نمیگردد وموجه R از 4-20 ملی متر میرسد (2-5).

Leadهای I,II,III را بنام لیــدهای ستنــدرد یاد می نماید مــوجه S 0-7 ملی مترمیباشد .

St-segment : - عبارت ازوقتی است که تمام عضله قلبی درین وقت Depolarize گردیده واین سگمنت به خط Iso electric منطبق بوده و از 1-2mm از خط Iso electric بالا وپائین موقعیت گرفته میتواند . این سگمنت ازختم QRS شروع وتا شروع T محاسبه میگردد . اندازه متوسط آن تا ۱٤ ، ۰ ثانیه بوده بشرطیکه حرکات قلب 70/Min باشد (2-5) .

موجه T: - این موجه از Repolarizationبطنیات بوجود آمده ودرین حالت بطنیات بحالت استرخا میروند (2) .

موجه U : - این موجه بعضی اوقات بعد از T دیده میشود اما اهمیت کلینکی نداشته وبه نزد اکثر علما از Reprlarization ألیاف Purkinjie بوجود می آید (2).

محوربرقی قلب : - محوربرقی قلب به جهت های مختلف انحراف

می نماید (2)

۱- Right axistiviation (RAD) : -که توسط فورمول ذیل نشان داده میشود :

RAD=RIII>RII>RI

۲ - Left atisdiviation (L.A.D) : - توسط فورمول ذیل نشان داده میشود :

LAD= RI>RII>RIII

۳ - Normalaxis : - توسط فارمول ذیل خلاصه میشود

. Normal axis(NA)=RII>RI>RIII وزین axis دربین منفی ۳۰ درجه ومثبت ۹۰ درجه موقعیت دارد.

RAD در Hypertrophy وتوسع بطین راست و درقلب عمودی دیده میشود Patho logic left Axisedviatian در هایپرتروفی وتوسع بطی چپ ونیز در Left bundle branch block (LBBB) دیده میشود

استعمال ECG

۱ - درتشوشات سیستم انتقالی و Rhythem آن (2-5)

۲ - برای تشخیص Hypertrophy اجواف قلبی (2-5)

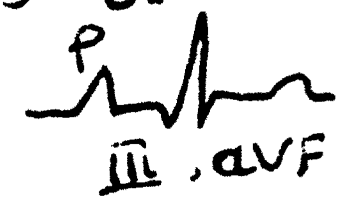
۳ - برای تشخیص Ischemic Heart disease (2-5)

۱ - هایپرتروفی اجواف قلبی

A – هایپرتروفی اذین راست

در ضخامه اذین راست P-Pul monale - دیده شده و عبارت از

موجه نوک تیز P بوده که amplitude (ارتفاع) آ ن مساوی به ۲٫۵ ملی متر و یا زیاد تر از آن (P≥ 2.5mm) میباشد . این موجه درلیدهای II وIII ، V1، V2 و a v f دیده میشود



P-Pulmanale درحالات ذیل دیده میشود (2)

۱- Pulmary Hypertension

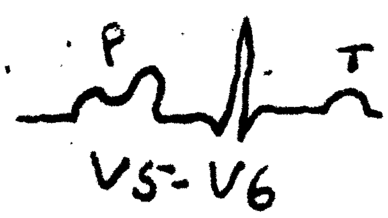
۲ - Cerpulmanale

۳- Pulmary Stenosis

٤- Tricos pid Stenosis

B - Hypertrophy اذین چپ : -

درهایپرتروفی اذین چپ موجه دوفازه P (P-Mitral) در لیدهای v6,v5 دیده میشود ودر لید V1 قسمت منفی این موجه نظر به قسمت مثبت آن زیاد میباشد (5-2) .



P-Mitral درحالات ذیل دیده میشود

۱- تضیق دسام مترال

۲ Left atrial Hypertrophy

C - هایپرتروفی بطین راست: -

درهایپرتروفی بطین راست Creteria الکتروکاردیوگرام قرارذیل اند (5-2)

۱- موجه عمیق S در لیدهای V6, V5, I .

۲ - موجه R بلند درلیدهای V2, V1, II, III, avf میباشد .

۳ - تغیرات St- T , Ischemic درلیدهای III,V1,V2 و avf .

٤ - Right axis Divia tion

D - هایپرتروفی بطن چپ : -

درهایپرتروفی بطن چپ علایم ECG قرارذیل اند (2-5)

۱ - درلیدهای v1,v2 موجه S عمیق بوده و Amplitudeآن تا 15mm زیاد میشود .

۲ - درلیدهای v5,v6 موجه R بلند بوده که ارتفاع آن از 25ملی متر زیاد میباشد .

۳ - R(V5 یاV6)+S(V1یاV2) $\geqslant$ 35 mm

٤ - تغییرات Ischemic St-T درلیدهای I,aVL, V6-V5

٥ - L.A.D (محوربرقی قلب بطرف چپ انحراف دارد)

۲ - استعمال ECG درتشخیص Ischemic Heart disease

درین امراض در ECG موجه غیرنورمال St - segment EliveTion,Q وموجه T به شکل منفی به مشاهده میرسد.

براي تشخیص احتشاقلب (myocardialinfarction) علایم ذیل اهمیت دارند .

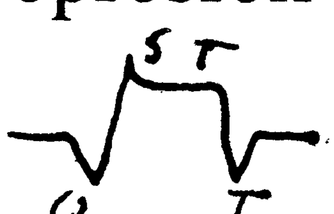
۱ -بلند بودن سگمنت ST ازخط ایزوالکترویك (علامه ابتدایی است)

۲ - موجودیت Q غیرنورمال

۳ - پائین بودن یا عدم موجودیت R درلیدهای مربوطه

٤ - منفی بودن موجه T

نوت : منفی بودن موجه T به تنهایی ویا با Depresion سگمنت St دلالت به Ischemia مینماید .



همچـــنان بـايـــد ياد آورگرديد كه گرفتن Degoxin سگمنت St را Depress وموجه Tرا منفى ميسازد .

بايد ذكرگردد كه وسعت كمپلكس QRS باوسعت موجه T توسط Hyperkaliemia بوجود مى آيد . همچنان Hyperkaliemia سبب Depression سگمنت St وموجه T ميگردد .

موجه نورمال Q عبارت ازموجه است كه amplitudeآن ازحصه چارم R مربوطه كم باشد و وسعت آن از 0,03 ثانيه زياد نباشد .

بصورت خلاصه بايد گفت كه براى تشخيص امراض قلبى توسط ECG قضاوت دقيق بكار است .

٣ - استعمال ECG در تشخيص Rhythem. وتشـوشات سيستم انتقـالـى

Sinus tachy cardia : - اگرضربان قلب درفى دقيقه به شكل منظم از 100 زياد گردد ومنشه اين ضـربان از عقده SA باشد بـنام Sinus tachy cardia ياد ميگردد . در سينوس تكى كارد يا بعضى وقت ضربان قلب از 150-100 وحتى از 160فى دقيقه بالاميرود و در اشخاص صحت مند دروقت سپورت وفعاليت فزيكى ضربان قلب از -110 200 فى دقيقه ميرسد . درسينوس تكى كارد يا گذشتن تنبيه ازعقده AV واذينات بحالت نورمال بوده واذينات و بطينات بحالت نورمال يكى عقب ديگرتقلص مى نمايند .

در ECG فاصله R.R از 0,60 ثانيه كم گرديده و مـوجه P بـا

تاریخچه فامیل (Family History)

چون که بعضی امراض به شکل ارثی یا ولادی ازوالدین به اولادانتقال میابد ازین سبب است که ذکرتاریخچه فامیلی اهمیت کلنیکی دارد . درین تارخیجه پرسان میگردد که در فامیل مریض پدرکلان، پدر، مادر ، برادرها ، خواهرهااین قسم مریضی وجود دارد ویاخیر.بطور مثال مریضی شکر ،هیموفیلیا Heamophileaکه واقعات انها دریك فامیل نظر به فامیل دیگر زیادواهمیت کلنیکی دارند.

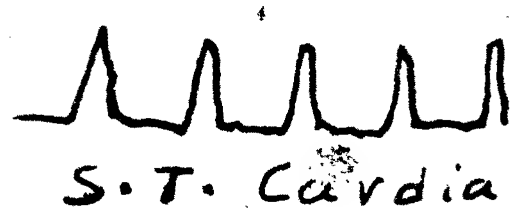
تاریخچه اجتماعی (Social history)

درعصرحاضر یك قسمت زیاد پرکتس داکتران مریضی اجتماعی ووظیفوی(روحی،جنسی)راتشکیل میدهد. علاوه ازین دوام امراض عضوی ارتباط مستقیم به محیط وتشوش روحی دارد. ازین لحاظ برای جمع آواری این قسم معلومات ارتباط صمیمی داکتر ومریض ضرور میباشد یعنی داکتر باید تشوشات روحی ، میلان جنسی ،مزاج ، خوی خوب ، خوی بدوعلاقه ان بامحیط ووظیفه برای خود اشکارسازد .

عادات Habits

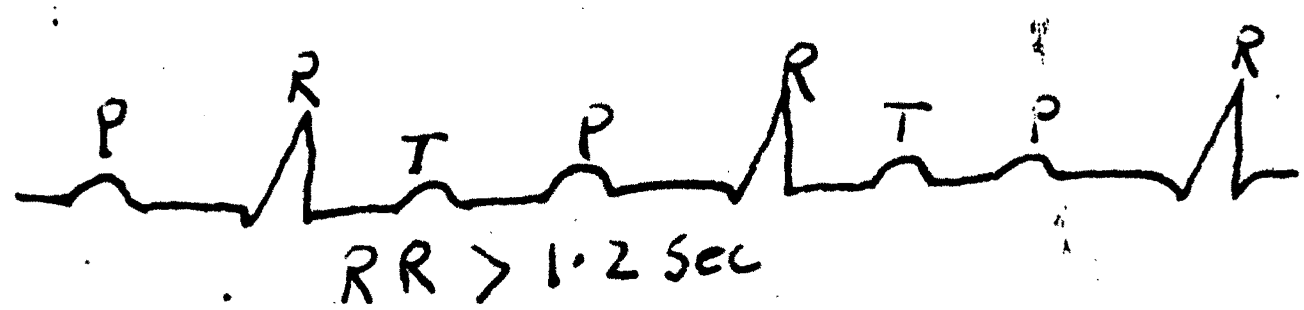
تحت این عنوان باید داکتر عادات مریض باچشیدن سگرت ،خواب ، خوردن ، تفریح ، دواهای نرکوتیك وسیداتیف را مفصلاً شرح نمایند. یعنی اگرمریض سگرت می چشدمقدارروزمره ان و دوام چشیدن ان پرسان شوند .

موجه T بسیارنزدیك گردیده وحتی یکی بالای دیگر منطبق میگردد .
که درین حالت تشخیص Sinus tachy cardia با tachy cardia Paroxysmal ، و Nodal tachycardia مشکل میباشد.
Depresion سگمنت St درسینوس تکی کارد یا زیاد ومزمن دیده شده میتواند (5-2)



سینوس بردی کارد یا Sinus brady Cardia

درین حالت ضربان قلب از 50 و نادراً از 40فی دقیقه کم میباشد . ریتم Rhythem قلب منظم و منشه آن ازعقده SA میباشد. عبورتنبیه در اذینات وعقده AV نورمال و اذینات وبطنیات یکی عقب دیگر به شکل نورمال تقلص می نماید . در ECG فاصله R-R از 1.2 ثانیه زیاد وبه طوالت صفحه دیاستول ارتباط دارد. موجه P از سبب ازدیـــــاد To-nous عصب واگس پائین و بعد ازهر موجه P کمپلکس QRS موجود میباشد . انتروال PQ درسرحد آخری و یا ازآن کمی طویل میباشد (2) .



Sinus Arrhythmia(S.A)

درین حالت به شکل سستمتیك دروقت شهیق ضربان قلب زیاد در وقت ذفیره کم میگردد S.A به فعالیت نارمل اعصاب اوتونومیك ارتباط داشته و در اطفال زیاد دیده میشود اگر دروقت تنفس(شهیق) ویا به تغییروضعیت ضربان های قلب گم شوند ارتباط به اوتونومیك Auto-nomic Nearopathy دارد . ازنظر کلینك اهمیت نداتشه و این ارتمیا بنام Respiratary arrhythmia یاد میگردد . ودرجوان ها زیاد تر تصادف می نماید(2)

EXTRASYSTOLE

Ectopicbeat= Premature beat= Ectopicrhythem

زمانیکه منشه تنبیه عقده SA نبوده وازقسمت دیگر قلب منشه میگرد بنام Ectopic Rhy Them یا Ectopicbeat یاد می نماید . Prematurebeatبعد از 50 سالگی زیاد و در ازدیاد عمروقوعات آن زیاد میگردد PB پیش از تقلص نورمال ازیك محراق که نظر به بعضی عوامل به قدمه رسیده باشد بمیان می آید . PB ازنظر موقعیت به سه قسم است .

۱ - اذینی Prematurebeat .

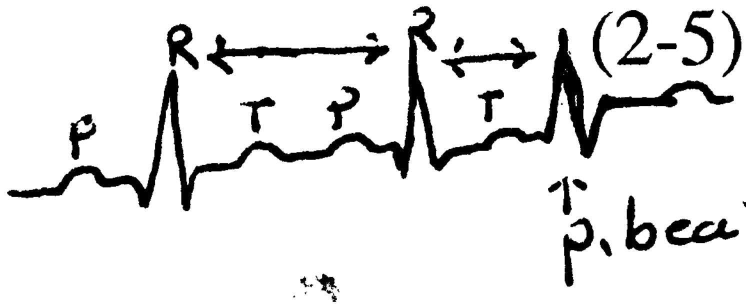
۲ - Nodal prematurebeat (NPB) .

۳- بطینی Premature beat(V.P.B) .

دربعضی کتاب بدوگروپ که عبارت از Supra Ven tricular PB و Ventricular PB میباشد . تقسیم گردیده است .

در PB اذینی مرکز PB دراذین واقع بوده و عبورتنبیه ازعقده AV . ودرسیستم انتقالی بطنیات به شکل نورمال میباشد .

در ECG فاصله های RR نامساوی بوده وکمپلکس QRS نورمال و موجه P (-P̄) غیرنورمال میباشد . (2-5)

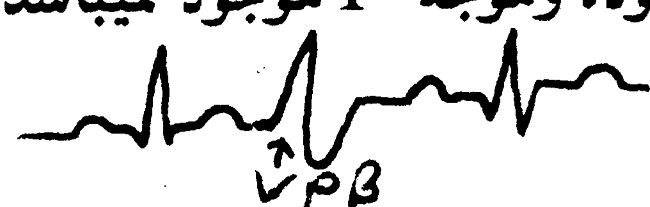


Nodal Premature beat : دراین حالت مرکزPB درعقده AV واقع که این مرکز درقسمت علوی، متوسط وسفلی واقع بوده میتواندکه ازهمین سبب موجه غیرنورمال P̄ به شکل منفی وبعدازکمپلکس QRS دیده شده ویا این موجه P درکمپلکس QRS گم میگردد (اگرمرکز PB درقسمت متوسط عقده واقع میباشد). کمپلکس بطنی نورمال میباشد.(2)



بطینی Prematu rlbeat (V.P.B)

درین حالت مرکز PB دربندل راست ویاچپ واقع است در ECG کمپلکس QRS وسیع (از ۰,۱۰ ثانیه زیاد) دارای سوء شکل وسگمنت St وموجه T منفی ودارای سوء شکل میباشد . فاصله R-R پیش از PB نظر به فاصله R-R نورمال کوتاه ترمیباشد. اگرموجه کلان S موجود باشد درین حالت موجه T ازخط ایزوالکتریك بالاوغیرمتناظربوده وموجه P موجود نمیباشد .



(PTC) Paroxy smal tochycardia

PTC عبارت از ازدیاد آنی ضربان قلب است که بصورت آنی پیدا وبه همین ترتیب ازبین میرود . مرکز PTC ازعقده SA خارج واقع میباشد ضربان قلب درفی دقیقه 120-220 به شکل منظم میرسد. مرکز ectpic P.T.C, ازنظر موقعیت بدونوع است (2)

۱ - Supra Ventri calar : که اذین ، وهرسه قسمت عقده AV دراین شامل است .

۲ - Ventri cular (بطینی)

در Supra Ventri cular کمپلکس بطینی نورمال و موجه P غیرنورمال(موجه $\bar{P}$) درECG موجود ویا بشکل واضح موجود نمیباشد . درشکل دوامدار تغییرات اسکمیك St-T به مشاهده رسیده و فاصله R-R بسیارنزدیك میشود (2-5)

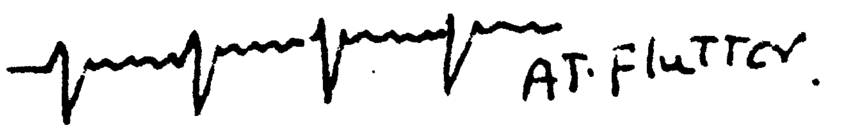
در P.T.C بطینی کمپلکس بطینی سوءشکل داشته وحرکات بطنیات به مرکز بطینی ارتباط دارد. ضربان قلب درفی دقیقه از 120-200 رسیده و انتروال R-R کوتاه وغیرمنظم میباشد.

Atrial Fibrilation and Flutter

در AT. Fib حرکات اذینات بسیارزیاد وبی تاثیر میباشد. حرکات اذینات از 300-600 فی دقیقه میرسد و بلاك عقده AV بدرجه های مختلف موجود میباشد . یعنی ۸:٤ ، ۳:٤ ، ٢:٤ وغیره . ریتم بطینی به همین اساس غیرمنظم ونبض نیز غیر منظم جس میگردد در ECG موجه های غیرنورمال F.F دیده شده وکمپلکس بطینی نورمال وفاصله های R.R غیرمنظم میباشد .

در Atrial Flutter بلاك عقدهAV به شکل منظم ٢:٤ یا ٢:٣ وغیره میباشد . پس فاصله R.Rنیز به شکل منظم بوده ونبض منظم جس

میگردد ، اما شده میتواند کــه فایبریشن به Flutterو Flutter بــه Fibri lation تبدیل گردد (5-2).



Ventri cular fibrilation : - درفایبریشن بطینی ضربان بطنیات بسیارسریع وبی تاثیر وغیرمنظم میباشد و نبض بصورت صیحح جس نمیگردد.

فایبریشن بطینی حالتی اند که تداوی عاجل را ضرورت داشته وتنها توسط ECG تشخیص شده میتواند که در ECG خط ایزوالکتریک دندانه دارمعلوم میگردد .



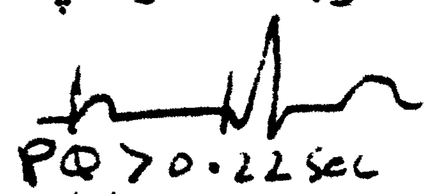
تشوشات سیستم انتقالی

چونکه تشوشات عقده AV ، بندل های راست وچپ ازنظر کلینك اهمیت خاص دارند ازین باعث ازنظر ECG بطورخلاصه بیان میگردند

Atrio Ventri cular block(A.V.block) : - درین حالت عبور تنبیه درعقده AV بلاك ویابه آهستگی عبورمی نماید. این بلاك به سه نوع است .

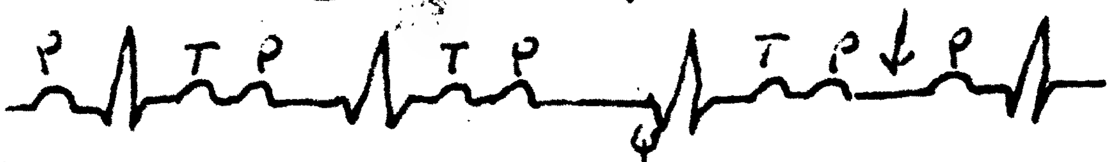
۱- بلاك درجه اول عقدهٔ AV :- درین حالت عبورتنبیه از عقده AV وقت زیاد ازحد نورمال دربرمیگرد. ودر ECG انتروال PQ(R) از 0.22 ثانیه زیاد میباشد وتمام تنبهات که ازعقده Sinus منشه میگرد ازعقده

AV عبورنموده وبه بطنيات ميرسد. موجه P وكمپلكس QRS نورمال ميباشد (5-2)



۲ - بلاك درجه دوم عقده AV: - درين بلاك بعضى تنبهات عقد Sinus به بطنيات نرسيده ودرين عقده بلاك ميشود اين بلاك بدونوع است .

a -بلاك درجه دوم عقده Wenchebach- AV: - درين بلاك بعد از طويل شدن تدريجى انتروال PQ يك كمپلكس بطينى ازبين ميرود (موجود نميباشد)



b - بلاك درجه دوم Mobitz : - درين بلاك بدون اينكه انتروال PQ طويل گردد يك كمپلكس بطينى بصورت آنى ازبين(بلاك) ميرود .

۳ - بلاك درجه سوم عقده AV (بلاك مكمل عقده AV) :- درين بلاك هيچ تنبيه از اذينات به بطنيات عبورنمى نمايد وتمام تنبهات كه ازعقده S A مى آيد درعقده AV بلاك ميگردد . درين صورت اذينات علحيده وبطنيات علحيده ه تقلص مى نمايند كه تقلص اذينات نورمال و به عقده SA ارتباط داشته وحركات بطنيات به مركز بطنيات ارتباط داشته وحركات آن از 40 فى دقيقه پائين ميباشد . كمپلكس بطينى سوء شكل داشته ويا نورمال ميباشد . فاصله هاى R.R طويل وياهم مساوى ميباشد

. بلاك بندل چپ Left bundlbranch block

اگردر بندل چپ بلاك موجود باشد در ECG كمپلكس QRS وسيع كه وسعت آن مساوى به 0,12 ثانيه و يا ازين زياد ميباشد ودر ليدهاى

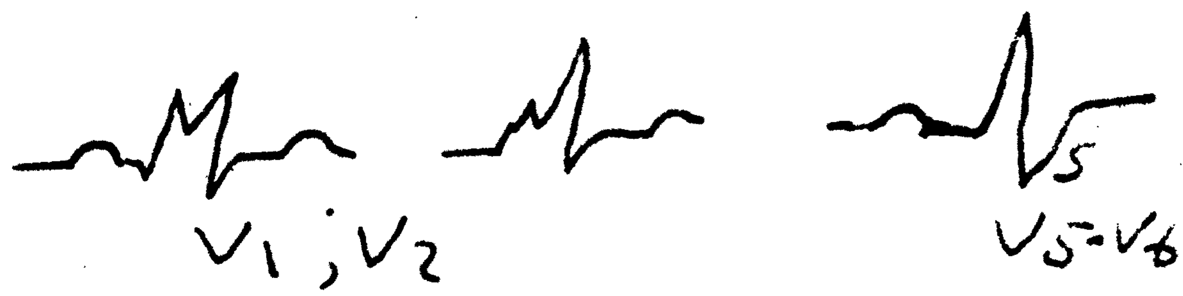
V6, V5 بوضاحت مشاهده میگردد .

درشکل بلاک ناتمام این بندل وسعت کمپلکس QRS از 0.10-0.11 ثانیه میباشد (2) .



بلاک بندل راست Right bundle branch block (2.5)

اگربلاک دربندل راست موجود باشد درECG وسعت کمپلکس QRS درلیدهای V1,V2 از(0.12) ثانیه زیاد بوده ویا به آن مساوی میباشد ودرلید I و V5,V6 موجه عمیق و وسیع S دیده میشود . درشکل بلاک ناتمام بندل راست و سعت کمپلکس QRS از(0.12) ثانیه کم میباشد.



فصـــــل پنجـــــم

شکایات عمده مریضان سیستم هضمی

Common maifistation of G. I. Diseases.

Anoroxia : - عبارت ازعدم موجودیت احساس گرسنگی میباشد یعنی مریض واضحاً به غذا ضرورت داشته ولی احساس گرسنگی رانمی نماید .

که درین حال یك تشوش دراشتها موجود بوده وبی اشتهای وزود سیرشدن در بسیاری امراض عمومیت دارد (3)

سیرشدن (Satiety) : - عبارت ازبین رفتن میل غذای بعد از خوردن غذا میباشد .

اسباب بی اشتهائی - بی ا شتهای از اسباب روحی(سایکولوژیك) وفزیکی بوجود می آید. Anoroxia Nervosa یك تشوش روحی است که در آن مریض هیچ اشتها ندارد. بی اشتهائی یك عرض غیر وصفی بوده

وزیادتر به امراض عضوی که منشاء خارج سیستم معدی معائی داشته توام میباشد (8)

درد بطن Abdanenal pain : - درد بطن یك عرض معمولی سیستم هضمی بوده که مریض را به مراجعه به نزد داکتر مجبورمیسازد . درد بطن اکثراً از anoxiemia التهاب عضلات ملساء و spasm آن ودیگرامراض بوجود می آید . درد پریتوان و احشاء بطنی توسط اعصاب سمپاتیك انتقال می یابد ودردیکه از احشای بطنی منشاء میگرد بنام درد حشوی یاد میگردد ، این درد در خط متوسط موقعیت داشته وصف آن DuLL واکثراً با دلبدی همراه میباشد ، موقعیت درد اکثراً با عضوی ماوفه ارتباط دارد مثلاً درد مری درقسمت مری وبعضی وقت در Supra Sternalnoch احساس میگردد .(2-6)

درد معده واثنا عشردرناحیه epigastric ویاکمی بطرف راست خط متوسط قرار دارد. درد Jujinium و ilium اکثراً درناحیه prieumblical بوده ، لیکن درد قسمت Distal الیوم در ناحیه R.L.Q (Riqhtlowrer Quadrant) احساس میشود . (2)

درد امعای غلیظه درقسمت سفلی بطن موجود بوده لیکن خوب توقع نمیگردد درد کیسه صفرا در R.U.Q (Right uper Quadrant) یاناحیه Epigastric موقعیت دارد اگراین درد بسیارشدید باشد در قسمت ظهری درخط متوسط احساس میگردد . (2)

درد پانقراص در ناحیه Epigastric کمی بطرف چپ خط متوسط

قرارداشته ودرقسمت پشت درخط متوسط به شکل کمـــربنـــد انتشار می نماید.

درد ازعضوماوفه دورهم احساس شده که یابصورت Refer ویابصورت مصاب شدن انساج مجاور بمیان می آید . بطورمثال Absces درقسمت Right lower Quadrantبوده وبالای عضله Psoas قرار داشته باشد درد آن به قسمت Hip و Groin Refer میگردد . درد سپازم مری درقسمت انسی بازوی چپ احساس میگردد (بمثل درد Ischemia قلبی) . بنابرین در Reference درد باید داکترمعلومات کافی داشته باشد(2)

درد های بطنی عموماً از افات التهابی یا Ischemia بوجود می آید. Spasmواذیما سبب تضیق Segment مربوطه گردیده ودرقسمت بالاترآن تشنیج عضلی ودرد پیدا میگردد . علاوه ازاین التهاب و Ischemia قدمه درد را پائین میاورد. درابتداً دردحشوی درخط متوسط قرارداشته وصف Dull را دارد و ارتباط به عضوه ماوفه ندارد .لیکن در پیشرفت التهاب واسکیمي بصورت تـــدریجی بالای عضوی مـــاوفه localised یاموضعی میکردد . ازهمین سبب درد acute appandisitis در ظرف چند ساعت ازخط متوسط در R.L.Q موضعی میگردد .

برای رسیدن به تشخیص صحیح باید کیفیت درد ، شدت وموقعیت آن شناخته شود (2) . درد های که ازامعاء حالب وقنات مشترك صغراوی منشاء میگرد وصف Colicky دارد . درین حالت مریض ناآرام بوده وتوسط حرکت درد اضافه نمیگردد. ازطرف دیگردروقت درد تخریش

(Occupational History) تاریخچه وظیفوی

میدانیم که بعضی امراض درمردمانی دیده میشوند که به شغل ووظیفه انها ارتباط دارند بطورمثال نوموکونوزس از تنفس دوامدار سلیکان دراشخاص که درمعادن سلیکان کارمیکند دیده میشود ونیز تسمم سرب دررنگمال ها واشخاصیکه بطری رامیسازد دیده میشوند.

(Marital History) تاریخچه عروسی

درین تاریخچه ازصحت شوهر وخانم ، مطابقت جنسی ،همکاری شوهر وخانم یکی بدیگر، تعداد اولادوصحت آنها پرسان شوند.

Personal History

درین قسمت درباره اشیای سوال گردد که به خود شخص مریض ارتباط داشته باشند . مثلا درباره حالت مدنی ،شغل مریض ساعات کار، نظم غذایی ، عادت بدخاینات ودیگر آشیا سوال کرده شوند .

Drug History تاریخچه دوا

درین قسمت راجع به دواهای که مریض تافعلاً اخذ نموده وهمچنان از حساسیت مقابل دوا بصورت دقیق استجواب گردد .

Review of systems

Routinquastion

درین قسمت ازمریض درمورد اعضاء وسیستم های مختلف به ترتیب بصورت مفصل استجواب اخذگردیده واعراض غیرنارمل یادداشت گردد (۲) .

سر : Head : راجع به سردردی ، موقعیت درد ، سرچرخی وغیره

پریتوان مریض در بستر آرام افتیده زیرا حرکت درد را اضافه می نماید(2) .بعضی وقت فکتورهای عصبی ، روحی وکلتوری سبب میشود که درتشریح درد وضاحت بوجود نیایدهمچنان در ازدیاد عمردرك درد متاثر میگردد ، بعد از ۸۰ سالگی قدمه درد بلند رفته که درین مریضان ناراحتی حتی دروقت تشقب و انتانات احشا هم در د کم میباشد.(8)

استفراق Vomiting : - عبارت ازخروج محتویات معده بصورت Retrograd از دهن میباشد (۱) استفراق توسط مـــرکزاستفراق و Chemo Receptor trigerzone(C.T.Z) کنترول میگردد. استعمال بعضی دواهـا motion sickness ، uremia ، Diabetic ketoacidosis ودواهای انستیزی عمومی سبب تنبیه C.T.Z شده و استفراق را بوجود می آورد . سیاله های Afferent عصب واگوس مستقیماً بدون انیکه از C.T.Z بگذرد مرکزاستفراق را تنبیه نموده سبب استفراق میگردد مثلاً در توسع حاد عضلات ملساء امعاء ، تخریش غشای مخاطی توسط بعضی مواد(cuper sulfat) التهاب وتخریش پریتوان ، ازهمین سبب در بسیایٔ امراض امعاء ، قنات صفراوی، حالب ها وپریتوان استفراق ودلبدی موجود میباشد . بوی اشیای نامطبوع ویا ذایقه اشیای بدمزه نیزمرکز استفراق را تنبیه نموده سبب استفراق میشود .

اقسام استفراق : - اندازه استفراق ، دوام ، محتوا وارتباط آن با غذا اهمیت زیاد درتشخیص امراض دارد . در وقت خوردن غذا ویا فوراً بعد ازخوردن غذاً اگراستفراق موجود باشد اکثراً منشه روحی دارد لیکن

بعد ازخوردن غذای زیاد اگر استفراق بمیان بیاید دلالت به تشنج واذیمای پیلور که با قرحه همراه است می نماید که درین حالت توسط استفراق درد تنقیص می یابد ، لیکن درکانسرراس پانقراص ودر امراض قنات صفراوی استفراق سبب تخفیف درد نمیگردد (٦).

اگر استفراق یك یاچند ساعت بعد از خوردن غذا تولید گردد دلالت به انسدادپیلور، acute pancreatits ، تشوشات حـــرکـــی معده (Post Vagotomy, Diabetic Neuropathy) معمولاً می نماید . اگرمحتوی استفراق چند ساعت قبل غذای خورده شده باشد دلالت به یك بندش عضوی می نماید (٦).

مریضان که بندش فوحه خروجی معده را داشته باشد این مریضان دارای معده متوسع بوده و Succusion splash در آن موجود میباشد که موجودیت این علامه در تخریش وبندش روحی وعضوی اهمیت دارد. اشخاص الکولیك ، زنان حامله، مریضان uremic دروقت صبح بعد ازبیدارشدن ازخواب دلبدی واستفراق می نماید . درموجودیت فرط فشار داخل قحفی استفراق به غذا ودلبدی ارتباط نداشته و وصف آن استفراق progectile (فورانی) میباشد .(6)

ازدیاد مقدار استفراق ، غذا افرازات اکثرابندش تام را وانمود میسازد به همین ترتیب در atony وتوسع شدید معده وندرتاً ازسبب ازدیاد عصاره معده (Zolinger Ellision Syndrom) محتوی استفراق زیاد میباشد .

کیفیت محتوی استفراق : - اگربندش فوحه خروجی معده موجود باشد محتوی مواد استفراقی غذای ناهضم شده میباشد واگرخون دراستفراق موجود باشد التهاب معده ویا آفات خبیثه را وانمود میسازد . عدم موجودیت صفرا درمورد استفراقیه نشان میدهد که افت پیش از پیلورو اگر در استفراق مواد صفراوی دوامدارموجود باشد بعد از پیلور موقعیت دارد استفراق اسدی زیاد(PH<1.5) به قرحه فعال اثناعشرکه با بندش پیلور توام ویا به gastrinoma دلالت می نماید.

اگرمواد استفراقیه بوی مواد غایطه را داشته باشد به انسداد قسمت سفلی امعاء، معده وی کولونی فستول ویا فستول قسمت علوی امعاء با کولون ونشوونمای زیاد باکتریا درامعاء دلالت نمایند (6) .

استفراق دوامدار سبب بوجود آوردن Hypokaliemia,Dehydratian و Alkalosis میگردد .درحالات ذیل معمولا دلبدی و استفراق موجود میباشد (6) .

انسداد فوحه خروجی معده .

انسداد امعاء .

امراض داخل قحفی

Viral gastro Enteritis

Cyclic Vomitirg

حاملگی

ازسبب درد

psychogenic

پرابلم های داخل بطن

التهاب و Ischemia

Toxin وتشوشات متابولیك

Drug induced

اسهال وقبضیت : - درحالت نارمل یك انسان در روز سه تاچاردفعه ویا درسه تاچار روز یك دفعه فعل تفوط را اجرامی نماید. بعضی مردم برای سالیان دراز درهفته یك دفعه تغوط می نماید.

درمرض Hirschprunges تا اخیرعمرقبضیت شدید موجود میباشد. تعریف اسهال نیزمشکل وازدیاد مقدار فعل تغوط در روزنیزچندان تعریف خوب نیست . و اسهال طوری تعریف میگردد که :- اگرحجم مواد غایطه در روزاز ۱۵۰ گرام زیاد گردد بنام اسهال یاد میشود .

درباره توضیح اسهال وقبضیت تغییرعادت فعل تغوط روزمره اهمیت دارد Stress، تغیر رژیم غذایی ، انتانات معایی ، آفات خبیثه کولون وامراض میتابولیك اسباب مهم آنرا تشکیل میدهد .(6)

Hemato chesia- Hematemesis- Melana

Hematemesis : - زمانیکه درمورد استفراقیه خون موجود باشد ویابعباره دیگر آمدن خون ازسیستم هضمی بنام Hematemesis یاد میگردد . که رنگ مواد استفراقیه نظر به مقدار خون ومخلوط شدن خون

با مواد استفراقیه فرق می نماید اگراستفراق فوراً بعد ازخون ریزی صورت گیرد رنگ مواد استفراقیه سرخ میباشد واگر دیرتر استفراق صورت میگرد رنگ آن سرخ تاریك نصواری یا سیاه میباشد . نذف علقات خون درمواد استفراقیه سبب تولید رنگ قهوه ئی (ground caffe) را بخود میگرد که عبارت از تبدل Hb به Hema tin ازسبب Hcl معده میباشد .
اگرخون ریزی از Lig Tritz بالاتر باشد سبب Hematemesis میگردد واگرخون ریزی ازین رباط پائین صورت میگرد سبب Melanaمیگردد .
کسانیکه melana دارد درکمتر از(50%) آنها Hema timesis دیده میشود . (6)

Melana : - عبارت ازخارج شدن مواد غایطه برنگ سیاه یا قیرماند میباشد که بنام Tarystoll یاد میگردد وازسبب تبدیل شدن Hb به Hema tin از Hcl میباشد . melana در خون ریزی مری ،معده، اثناعشر، آفات ناحیه جیجونوم ، الیوم وکولون ساعده دیده شده میتواند به شرطیکه زمان عبور از سیستم هضمی وقت زیاد را بگیرد مثلاء برای 60 ملی لیترخون 8 ساعت ضرورت است تاموادغایطه برنگ سیاه تبدیل شود ∴ موجودیت خون به شکل microscopic بنام Occult blood یاد میگردد . کسانیکه بسموت وآهن وغیره مواد را میگرد رنگ مواد غایطه آنها سیاه میگردد که باید در تشخیص تفریقی درنظر باشد .

H emato chisia

عبارت از عبورخون سرخ روشن ازطریق رکتوم میباشد وبصورت عموم

خونریزی را ارائه میکند که منشه آن از Lig Tritz پائین باشد . خون برای melanaتقریباً 8 ساعت لازم است تاخون درامعاء باقی مانده وسبب melana شود. اماخون ریزی سریع معده، مری و اثناعشر تحت عنوان Hematochesiaمطالعه شده میتواند. خون ریزی مری، معده و اثنا عشرازسبب قرحه Errosivegastritis , peptic وریس های مری بوجود آمده وتقریباء 90% فیصد خونریزی قسمت علوی سیستم، هضمی را تشکیل میدهد و 10% باقی خونریزی از اسباب مختلف مثل Ca معده، Mallory weiss سندروم وتشوشات خون وغیره بوجودمی آید .(6) .اسباب عمده Hematochesia عبارت از بواسیر، Analfissure، anal fis- tule، التهاب مقعد (Proctatitis) کانسرکولون.

Divert ticollitis Amebiasis ،Shegellosis ،ulcerative colitis

استعمال دوا های Contra septive وغیره میباشد .

گازات معائی : - بعضی مریضان ازگازات معائی به تکلیف بوده وبه داکترمراجعه می نماید . مثلا E ructatian (عارق زدن) ، Blaoting (پندیدن) و Excessive flatus (زیات خارج شدن باد) و Aero phagea (بلع نمودن هوا) (6)

(Belching) E ructatian : ارگمی زدن (عارق زدن):- هوایکه توسط عارق زدن خارج میشود عبارت ازهوای بلع شده مری میباشد لیکن ارگمی زدن بعضی وقت در امراض عضوی پیش رفته مثلا در تضیق پیلور یا توسع معده نیزدیده میشوند.

اکثرمریضان ازبین بردن Distrea مکرراً Belching مینماید این مریضان دارای anxiety پیش رفته بـه شکل دوامـــدارAerophogia دارند .(6)

پندیدن بطن Blaoting : - پندیدن بطن در سابق به شکل غلط به ازدیادگازات بطن اطلاق میشد . درحقیقت حرکات ابنارمل امعاء مسؤلیت این عرض را به عهده دارد. محتوی امعاتوسط یك میخانیکت خاص که توسط خوردن تنبیه میگردد به پیش میرود . تشوشات حرکی امعاسبب حرکت سریع گازات میشود بنابرین اگردرمقابل این حرکات کدام مانع ومقاومت تولیدگردد (سپازم یا تضبق) ناحیه بالاتر از مقاومت توسع نموده وناحیه متضیقه سبب درد های Cramp میگردد آفات عضوی به مثل تضیق امعاء اسباب Blaoting را تشکیل میدهد .

Excessive Flatus :- عبارت ازخروج گازات زیاد ازطریق رکتوم میباشد واز اسباب ذیل بوجود می آید : خوردن مواد غذائی که دارای گازات باشد ، در سیستم معدی معایی نشو و نمایی باکتریاهای تو لید کننده گازها وتشوش جذب کاربوهایدریت ها . گازات امعاء بطورعمده‌ء از N2، Co2 ومتان میباشد یك برسوم حصه اشخاص نارمل درامعاء گازمتان را تولید می نماید . لیکن مریضان کانسرکولون (80%) فیصد این گاز را تولید می نماید(6) .

بعضی مریضان کازنارمل را تولید نموده لیکن مقدار اطراح آن بعد ازخـــوردن غـــذا زیـــاد میشود ، این عـــرض توسط فعالیت زیاد

gostro colic reflex بوجود می آید .

تولید گاز زیاد در کولون به خوردن میوه جات ارتباط دارد که کاربوهایذریت غیرمجذوب را دارا میباشد .

Regorgitation : - عبارت ازخروج مواد غذایی ازمری ومعده است که مریض دلبدی نداشته وتقلص عضلات بطنی وحجاب عاجز در آن ذیدخل نمیباشد وبه همین علت از استفراق فرق میشود . Regorgitation در عدم کفایه معصره Cardia مخصوصاً بافتق حجاب عاجز، قرحات Peptic ، Spasm پیلورهمراه باشد دیده میشود(6)

Hall otosis : - احساس بـــوی نامطبوع در وقت تنفس بنام Hallotosis یاد میگردد که امراض دهن ، بیره ، دندان ، Absces ریه و BrachecTasis (توسع قصبات) اسباب آنرا تشکیل میدهد (6) .

ضیاع وزن W eight loss : - درصورتیکه شخص غذای کافی صرف نماید وضیاع وزن موجود باشد جدی ترتلقی میگردد زیرا درصورت ضیاع وزن چانس موجودیت امراض عضوی بیشترمیباشد. میخانکیت ضیاع وزن به اساس سه فکتورذیل بوجود می آید (6)

۱- تنقیص اشتها

۲- سریع شدن میتابولیزم

۳- ضیاع شدن کالوری در ادراروموادغایطه

این فکتور ها بصورت جداگانه ویا بصورت دسته جمعی درضیاع وزن رول دارد میخانکیت ضیاع وزن در امراض سیستم هضمی بصورت عموم

کم گرفتن غذا وسوء هضم میباشد . یك تعداد زیاد امراض سیستم هضمی سبب ضیاع وزن میشود مثلاء Chronic Pancreatitis که سبب اسهال شحمی Steatorrhea شده وضیاع وزن را بمیان می آورد .

همچنان Regional Enteritis,ulcerativecotitis سبب ضیاع وزن میگردد درکسانیکه سبب ضیاع وزن معلوم نباشد باید موجودیت انتان مخفی مثلاً TB، ابسی امیبی ، امراض فنگسی ، SBE وغیره مدنظر بوده که علت ضیاع وزن درین امراض بی اشتهای وسریع شدن میتابولیزم میباشد که توسط التهاب بوجود می آید .

امراض سرطانی معمولترین سبب ضیاع وزن را تشکیل میدهد مخصوصاً سرطان سیستم هضمی، پانقراص ، لوکیمیاو lymphoma درنظرباشد . امراض روحی وکلیوی نیزسبب ضیاع وزن میگردد .

بصورت خلاصه درموجودیت اشتهای خوب اگر ضیاع وزن موجود باشد باید امراض دیابت، Hyprthyridism وسؤ جذب امعاء درنظرباشد .

باید تذکر گردد که در ۳۵٪ واقعات بدون موجودیت امراض واضح ضیاع وزن موجود شده میتواند .

سوخت دل یا Pyrosis یا Heart burn

عبارت ازینك نوع سوخت، حرارت ویا در د میباشد که در خلف عظم قص یا در قسمت علوی ناحیه اپیگستریك موقعیت دارد . انتشار آن بطرف گردن و دست ها میباشد . تمام اشخاص دریك زمان این عرض را حکایه میکند .

Pyrosis در زمان حاملگی، در اشخاص مصاب به Hlatus Her nia در اشخاص که مصاب به امراض عضوی سیستم هضمی باشد بملاحظه میرسد . کسانیکه H. Hernia دارد وقتیکه به قدام خم شود و یا نان زیاد صرف نماید این مرض تولید میگردد . هم چنان بنابرتخریش معدوی ویاتولید فعالیت حرکی غیرنارمل سوخت دل بوجـــود می آیـــد مثلا Esopha gitis . همچنان استعمال غذاهای اسیدی، ادویه جات (اسپرین و الکول) سبب بوجود آمدن Pyrosis میشود . (6)

Dysphagia : - عبارت ازبندش وتوقف لقمه غذای درهنگام عبور ازدهن بلعوم ومری میباشد . وازجمله اعراض مهم امراض مری محسوب میشود وعلت اصل آن باید جستجوگردد . برای دریافت سبب آن ازمعاینات بلعوم ، Esophagoscopy وغیره استفاده میشود. عسرت بلع بدوقسم است.

۱- عسرت بلع میخانیکی mechanical dysphagia :که ازسبب اخذ یك لقمه بزرگ غذا وکم شدن قطر مری بوجود می آید .

۲ - عسرت بلع حرکی motor dysphagia- این شکل عسرت بلع ازاثر عدم تطابق وضیعفی Prastaltic مری بوجود میاید مثلادر Achalasia.سپازم منتشرمری Poliomyalitis .

قطرمری نظربه الاستیکیت که دارد تا به ٤ سانتی مترتوسع میکند اگرقطر مری از ۲ سانتی متر بیشترتوسع نتواندعسرت بلع بوجود می آید و

سوال شود .

چشم Eye : راجع به قوه دید ، سیاهی درچشم ،دیدن ستاره ها وجرقه ها ، موجودیت سوزش درچشم وغیره پرسان شوند.

گوش Ear : - راجع به قوه شنوایی ، برنگس گوش ها وغیره پرسیده شوند.

دهن Mouth : راجع به تکالیف دندان ها ، زبان وبیره سوال شوند.

گلون Throut: راجع به گلون دردی بندش گلون وغیره پرسش شود .

عنق Neck : راجع به شخی گردن ،موجودیت درد درگردن ، موجودیت کتلات دران سوال شوند.

سیستم تنفسی : - Respiratory system : راجع به سرفه ،بلغم ، نفس تنگی ، درد صدر وغیره پرسش صورت بگیرند .

سیستم قلبی وعای Cardio Vascular sys- tem(C.VS) : - از تکان قلب نفس تنگی ،دردناحیه قرب القلبي وغیره سوال شود.

سستم معدی معایی Gastro intestenal system(G.I.S):- راجع به درد بطن وموقعیت آن ،دلبدی ، استفراق ، اسهال ، قبضیت وغیره سوال شود.

سیستم بولی Urinary system (U.S) از درد ناحیه

اگربه ۱.۵ سانتی متربرسد عسرت بلع همیشه موجود میباشد .اسباب عمده نوع میخانیکی آن عبارت از کانسر مری ، تضیقات ، Peptic ، موجودیت Ring یاحلقه درناحیه Cardiac وغیره میباشد .(6)

عسرت بلع باید از Glubus Hystericus که عبارت از احساس موجودیت یك کتله درگلوی میباشد اما در زمان فعل بلع مشکلات وارد نمیکند تشخیص تفریقی گردد Odenophagia عبارت از درد درهنگام فعل بلع میباشد واکثراء باDysphagia توام است .

Aphagia عبارت ازعدم موجودت فعل بلع است که در بندش تام مری بوجود می آید .

سؤهاضمه Dyspepsia یا Indiges tion : سوء هاضمه کلمه است که ازطرف مریض به تعداد زیاد اعراض عطف میگردد که سبب نا آرامی مریض بعد از گرفتن غذا میگردد. این عرض نزد مریض وداکترعین مفهوم را دارا نمیباشد بنابرآن باید ازمریض سوال شود که چه چیز را سؤهضم میگوید. بعضی مریضان سوزش دل انتفاخ بطن یا غارق را سؤهضم میگوید ، یك تعداد دیگر احساس پربودن بطن ، موجودیت فشار ویا اینکه درد حقیقی را سؤهضم میگوند.

سؤهضم میتواند ازسبب یك تعداد زیاد امراض معدی معانی ویا امراض جهازات دیگربوجود آید بناء سؤهضم وظیفوی درحالاتی بوجود می آید که دلایل واضح برای سؤ هضم موجود نباشد که شـاید علت آن

Psycogenic باشد . در صورتیکه اسباب عضوی آن رد گردد در آن صورت سؤهضم را وظیفوی میگویند. (6)

عدم تحمل غذا Food Into larance : - دریك تعداد حالات غذای مخصوص ویا یك نوع غذا سبب بروزبی نظمی وناراحتی مریض میگردد که ثابت ساختن آن جهت تشخیص سببی سؤهضم ومرض با اهمیت میباشد . (6)

بعضی ازغذا ها نظر به قوام آن خوبتر تحمل گردیده وبعضی دیگر غذا ها از سبب اینکه توسط امعاء رقیقه جذب نمیگردد ازطرف مریض تحمل نمیگردد مثلاء صرف نمودن مواد شحمی توسط اشخاص که به آفات پانقراص وکیسه صفرا مصاب باشند ، ویاکسانیکه آفات Peptic دارند صرف نمودن مواد اسیدی وتیزابی نزدشان سبب ناآرامی میگردد، درنزد بعضی اشخاص فقدان انزایم مخصوص بملاحظه میرسد مثلا فقدان انزایم Lactase که ازسبب خوردن شیر درد بطن واسهال نزد مریض تولید میگردد .

بعضی اشخاص باغذا ها حساسیت دارند ویا اینکه تاثیرات زهری بالای امعاء شخص حساس تولید میکند .

بامیخانیکت های فوق الذکر در اکثر حالات نمیتوان حالات سریری را که در عضویت بوجود آمده توضیح نمود زیرا دلیل بروز این اعرا ض واضح نمیباشد .

معاینات فزیکی سیستم هضمی

درمعاینه فزیکی سیستم هضمی معاینه جوف دهن (Oral cavity) ، بطن (Abdamen) ورکتوم (Rectum) شامل میباشد (2-1)

A - معاینه جوف دهن Oral exami nation : - درمعاینه جوف دهن اشیای ذیل باید معاینه گردد :

۱- لب ها ۲ - الاشه ۳- دندان ها ٤- زبان ٥-حنك Palate ، حلقوم Faucoum، Oropharynx وغشای مخاطی دهن ٦ - تنفس (Breath) .

۱ -معاینه لب ها : - درحالت نورمال لب ها لشم ورنگ آن ها باید درنظرگرفته شود. در سیانوزرنگ آن آبی (Blue)، در اینمیا خاسف (Pale) ودر آفات ولادی سؤتشکلات (لب چاق Harelip) جستجوگردد . تقرحات لب ها در سفلیس ، کارسینوما وتب حال (Herpes simplex) دیده میشود .

۲ - معاینه الاشه (بیره ها و Gum):- رنگ بیره ها درنظر گرفته شده ، درتسمم سرب در سرحد دندان ها و بیره یك خط آبی رنگ دیده شده که اینخط ازطبقه Tartar (یك ماده ترسبی است که از پروتین لعاب وکلسیم فاسفیت ساخته شده است)طوری فرق میگردد که اگریك کاغذ در

بین دندان ها وبیره داخل گردد خط تسمم سرب واضح ترمیگردد لیکن خط Tartar ازبین میرود .

بیره درمریضی Scurvy پندیده واسفنجی بوده ونیزشده میتواند که درحاملگي و epilepsy (که بصورت دوامدار توسط Hydantion تداوی شده باشد) پندیده باشد در thrombo cyto penic pur pura ولوکیمیایی حاد در بیره نذف دیده شود .

در Ging ivitis کنار های بیره سرخ وبه اسانی نذف میدهد . در Pyorrheaبیره تکمشی و نذفی بوده وقیح در سرحد دندان و بیره به ملاحظه میرسد .

۳ - معاینه دندان ها : - دندان های Ha tchison در سفلیس ولادی مشاهده گردیده که در این حالت مقطع دودندان علوی insisor مدور بوده و دندان ها شکل Peg (روی چوب) دارد یعنی در قسمت بیره دندان ها وسیع ودرقسمت تاج خورد بوده وکناری آزاد آنها نصف هلال میباشد (1-2)

٤-معاینه زبان : - دروقت معاینه زبان ازمریض خواهش گردد که زبان خود را بیرون کشیده و اشیای ذیل درآن معاینه گردد .

a - رنگ زبان : در سیانوز رنگ آن آبی (Blue) درتسمم nicotin و کمبود Ribo Flavin زبان سرخ (Red beefy = گوشت سرخی) در انیمیا خاسف ، در مرض addison وبعضی امراض فنگسی وبعد ازخوردن مستحضرات آهن رنگ آن سیاه میباشد.

در Typhoid درقسمت مرکزی زبان باردار وکنارهای آن سرخ میباشد .

b- **تناظرزبان :** درحالت نارمل زبان بسیارخفیف انحراف می نماید .

c - **لرزش یا Tremor (رعشه)** : - درعصبانیت ، Thyrro Toxitcosis ، Dementia paraly tica و Perkinsonism رعشه زبان به مشاهده میرسد .

d - **معاینه سطحه زبان :-** درین قسمت اشیای ذیل یاداشت گردند

۱ - زبان خشك ویامرطوب است .زبان خشك در حالات ذیل دیده میشود .

Anxiety ، Dehydrat tion و Diabetus insipedus ودرمرحله آخر uremiaو انسداد حاد امعاء

زبان مرطوب : درحالات ذیل دیده میشود : در Hysteria، درتقرحات دهن تسمم ایودایدو بروماید، Post Encephalitis Per- kinsonism . ۲ - **زبان لشم** : - دربعضی حالات Papilla زبان به اتروفی مصاب شده میتواند و زبان لشم بمیان می آید ودر امراض ذیل به ملاحظه میرسد :Perinicious Animia (انیمیایی خبیث) ، اینمای فقدان آهن ، Pellagra و Sprue .

۳ - **Furring - زبان یاپوشش زبان (زبان باردا ر)** :- زبان درحالت نارمل توسط یك طبقه غشای مخاطی نازك دهن پوشیده شده اگراین طبقه ضخیم گردد بنام Furring Tungu یاد گردیده ودر

استعمال تنباکو ، تب (درملاریا تمام زبان ودرمحرقه قسمت مرکزی باردار میباشد) تنفس ازطریق دهن ، قبضیت ، Enteritis gastritis دیده میشود هم چنان در ابتدا Scarlit Fever بالای زبان طبقه ضخیم سفید وجود داشته که حلیمات سرخ درآن دیده میشود که بنام Strawbery tongueیاد میگردد . بعداً طبقه سفید ازبین رفته وزبان سرخ معلوم میگردد که بنام Red Strawbery tongue یاد میشود. (1-2)

٤ - تقرحات زبان : - چهارقسم قرحات در زبان بوجود آمده میتواند . قرحات ساده - قرحات خبیث - قرحات توبرکلوزیك وقرحات سفلتیك .

قرحات ساده سطحی بوده ودر سیاه سرفه ودرمردمان که دندان های تیزدارند دیده میشود قرحات خبیث درکنار های زبان دیده شده که کنارهای سخت ومفشوش و (Evertide) داشته وقـاعـده هـای سـران سخت (indurated) به نظرمیرسد .عقدات لمفاوی ناحیوی نیز کلان میباشد .

قرحات توبرکلوزیك درنوك زبان موجود بوده این قرحات سطحی زرد و درد ناك میباشد . ودر TBریوی دیده میشود .

قرحات سفلتیك بدوقسم بوده که قرحات سطحی آن درکنارهای زبان ویا در سطح بالای زبان به شکل Fissure بملاحظه میرسد . قرحات عمیق سفلیس درسطح ظهری زبان موجود بوده قاعده های آن سخت Indurated نمیباشد وعقدات لمفاوی ناحیوی کلان نبوده ودرد هم موجود نمیباشد .

٥ - لکه های بالای زبان یا Patches : - دربعضی حالات بـه

مثل Thrush ، leukoplakia وزبان جغرافیوی (یك حالت نارمل است که بالای زبان لکه ها بمثل نقشه دیده میشود) که درمعاینه فزیکی باید درنظر باشند (1-2)

e : - معاینه سطح تحتانی لسان : - ازمریض خواهش نماید که نوك زبان را به حنك تماس بدهد ونقاط آتی را یاد داشت نماید (1-2)

۱- Tongue Tie(زبان وصل شده) : که مریض کارفوق را کرده نمیتواند .

۲ - درسیاسرفه در پهلوی Frenulum قرحات کوچك دیده میشوند .

۳ - در التهاب غدوات تحت الفکی مجرای قنات های این غدوات دیده میشوند .

f : -حجم زبان : زبان کلان macroglossia درCretinism بمشاهده میرسد درین حالت زبان ازجوف دهن بیرون برآمده میباشد .

۶ - معاینه حنك (Palate)

حلقوم (Faucium) (Oropharynx) وغشای مخاطی

دهن مریض را باز نموده وتوسط Tonguedepressor وروشنی خوب جوف دهن را معاینه نماید. غشای مخاطی دهن در سیانوزآبی (Blue) ودر انیمیا خاسف میباشد . (1)

Koplik,s Spots درصفحه نزلوی سرخکان پیش از بروزاندناعات نقاط خورد سفید (که تمایل به رنگ آبی دارد) که توسط یك هاله سرخ احاطه شده د رحذای دندان های mular به نظرمیرسد . Pigmenta

tionدهن در مرض Addison دیده میشود . (2)

رنگ حنگ در انیمیا خاسف ، در سیانوز آبی ، در زردی زرد و در کمبود Vi tBسرخ میباشد . هم چنان قرحات باید درحنك جستجوگردد که قرار ذیل اند .

Aphtus ulcer - a

Snail trackulcer -b : عبارت ازیك قرحه حلزونی شکل بوده که در سفلیس دیده میشود .

Voncent angina - c: که قرحات عمیق میباشد.

Agranolo cytosis - d:- درین مرض قرحات وسیع وغیرمنظم دیده میشود و امکان دارد که در Leukemia نیزاین قسم قرحات بمشاهده برسد بعد از آن تانسل را معاینه و التهابات آن درنظر گرفته شود. در Tonsilitisنقاط چرکین بالای سطح آنها دیده میشود. در Diphtria یك غشای خاکی رنگ Dirty grey در سطح آن بملاحظه میرسد. درمعاینه Oropharynx پندیدگی غدوات Adenoid والتهاب آن جستجوگردد. که درین حالت وریدهای برجسته (ترسمات وعایی) از سبب التهاب مزمن Pharyngitis دیده شده و نیز موجودیت قرحات ، کتله Bulging درنظرباشد. که در Retropharyngeal البسی جدار خلف بلعوم پندیده میباشد .

۷ - تنفس : -Breath :- به مریضی گفته شود که دهن خود را باز نموده و تنفس نماید اقسام ذیل تنفس موجود میباشد (2-1)

a : - **Foulsmell** : - این قسم بوی تنفس از دندان های خراب ، تقرحات دهن ، تخریب پارچه های غذای باقی مانده در دهن تولید میشود .

b : - Putrid smell : - این قسم بوی تنفس در گانگرین شش ها موجود میباشد .

c : - Mousy smell :-درسیروزجگر Fetorhepaticus موجودمیباشد .

d : - Fishy smell : - درuremia موجود میباشد .

e : - Fruity smell :- در Diabetes malitus موجود میباشد .

f : - Etherical smell : - درتسمم الکول دیده میشود .

g : - Garlic smell : - از سبب اخذ بسموت وفاسفورس بوجود می آید .

h : - Other smell : - Opium و Paraldehyd بوی های مربوطه خویش را تولید می نماید.

B - **معاینه بطن :** - درمعاینه بطن تفتیش، جس، قرع، اصغا، اندازه بطن ومعاینه رکتوم شامل میباشد .(1-2)

تفتیش inspcction : پیش از تفتیش بطن باید کارهای ذیل اجرا گردد .

۱ - مثانه باید خالی گردد .

۲ - مریض باید به استجاع ظهری هموار استراحت بوده وبالشت زیرسرمریض نباشد .

۳- مریض باید آرام وکاملا Relax بوده و دست ها آن در پهلو باشد

٤ - درتفتیش نقاط آتی درنظر گرفته شوند (1-2)

۱- Contour بطن

۲ - حرکات بطن

Bulging- ۳

٤ -نبضان در بطن

٥ - در جداربطن موجودیت Pigmentatian

٦ - ورید های متبارز

۷ - امواج استداری

۸ -موی های عانه

۹ - سره umblicus

۱۰ - مجرا های فتقیه

۱۱ - خطوط وندبات (Scar and strias)

۱ - Contair بطن : - درحالت نورمال قسمت مرکزی بطن De-press وبنام Scaphoid Abdomen یاد میگردد. بطن برآمده درحالت ذیل دیده میشوند .(1-2)

a - مایع (Fluid) مثلاً حبن (Ascitis) که درجوف پریتوان مایع تجمع کرده باشد .

b - شحم (Fat)

c - گاز (Flatus)

d : جنین (Fetus)

e : قبضیت (Faeces)

f : احشای بطنی کلان وبزرگ Enlarged Abdemanal Vescera

قطنی ،سوزاك چرك درادرار ،خون در ادرار وغیره پرسش بعمل اید.

سیستم تناسلی: Genital system. راجع به عادت ماهوار ، موجودیت افرازات چرکین ضخامه پروستات وغیره سوال کرده شوند .

نهایات Extrimeties : راجع به درد اطراف ، دردمفاصل ،پندیدگی وغیره سوال شود.

بصورت عموم راجع به تمام اعضای عضویت استجواب صورت میگیرد تا اگر کدام پرابلم که ازطرف مریض حکایه نشده باشد دریافت گردد .

معاینات فزیکی Physical Examination :

معاینات فزیکی شامل قسمت های ذیل میباشند

۱-حالت عمومی مریض General inspection و General apear-ence)

درین قسمت وضعیت عمومی مریض بالای بستر ، ارامی وناآرامی مریض ، حالت تغذی قدوقامت چاقی ولاغری ، خسافت ، سیانوتیك بودن ، یرقانی بودن ،گپ زدن ، بوی تنفس درجه حرارت وجود ووضعیت جلد شامل میباشد که باید بدقت معاینه گردد (۲)

تفتیش عمومی باید در روشنی سفید مصنوعي اجراگردیده لیکن روشنی افتاب ازتمام روشنی برتری دارد.

۲-علایم حیاتی Vital Signs :

علایم حیاتی شامل تعداد نبض فی دقیقه (Pulse Rate/Min)

۲ - **حرکات بطنی :** - همراه هرتنفس تمام بطنی حرکت نموده لیکن بعضی وقت یك قسمت جداربطن ویاتمام بطن کم ویا هیچ حرکت نمی نماید مثلاء .در(Peritonitis Appendisitis ودیگرحالات) درحالت نارمل بطن درحالت ذفیر پائین ودروقت شهیق بیرون می بررید لیکن بعضی وقت حالت معکوس دیده میشود یعنی درفلج حجاب حاجز دروقت شهیق بطن داخل ودروقت ذفیره بطن بیرون می برآید .

۳ - **Bulging :** - درصورت بزرگ شدن طحال درقسمت چپ بطن ودر صورت بزرگ شدن جگر درقسمت راست بطن Bulgingبوجود می آید . در صورت موجودیت Appendicular ابسی درحفره الیوی طرف راست Bulgingدیده میشود .تمور اعضای داخل بطن ویا نشونمای زیاد آنها درناحیه مربوطه Bulging بمیان می آورد .

در فتق ناحیه اپیگستریك یا درقسمت انشعاب عضلات Rectus زمانیکه مریض سرخود را درمقابل یك مقاومت بلند نماید درناحیه مربوطه Bulging بمشاهده میرسد .

٤ - **نبضان در بطن :** - درحالات ذیل نبضان درناحیه اپیگسریك دیده میشود (1)

a - Nervousnes (عصبانیت)

b - ضخامه بطین راست

c -کبد نبضانی(درعدم کفایه Tricuspid کبد نبضان موجودمیباشد)

d - در قدام ابهر بطنی موجودیت تمور

e - انیوریزم ابهربطنی

f - در اشخاص لاغر ونحیف درحالت نارمل نبضان ابهر بطنی دیده شده میتواند .

۵ - Pigmentation **جدار بطن** :- تصبغ جدار بطن درمرض Addison، حاملگی واز سبب حرارت بوجود می آید.

۶ - **ورید های برجسته** : - ورید های جدار بطنی درحالات ذیل برجسته میگردد .

a- Portel Hyper Tension : - در دوران بابی جکربندش موجود بوده وخون به ورید های umblical ،Para umblical، و وریدهای علوی وسفلی اپیگستریك تیله (Shunt) میشوند که درنتیجه این ورید ها برجسته میگردد . بعضی وقت درناحیه ناف ازسبب تبارز ورید ها یك تبارزبرجسته بنام Caputmedosaبمیان می آید که جریان خون این ورید ها از سره (ناف) بطرف مجاور میباشد .

تعین سمت جریان خون (2-1) : راس های دوانگشت را بالای یك ورید نهاده وفشاربدهید درین وقت راس انگشت های رایکی ازدیگردورنماید که دراین وقت خون موجود در بین دوانگشت در ورید تخلیه میگردد حالایك انگشت را ازورید بالانماید و وقت پرشدن ورید را ازخون یاداشت نماید . این عملیه را دوباره تکرار نموده واین دفعه اتگشت دیگری را بالانماید این وقت پرشدن ورید را نیزیاد داشت نماید، هردووقت رامقایسه نموده وقت کم سمت جریان خون را وانمود میسازد .

b - بندش ورید اجوف سفلی - دربین ورید های فخذی وابطی ازطریق ورید سفلی اپیگستریك ارتباط موجود است بناءً در بندش وریداجوف سفلی ورید های ارتباطی درقسمت قدامی جنبی Trunk برجسته میگردد .

c - کانسر پیش رفته بطن : - درقسمت پندیده بطن ورید های برجسته در جدار بطن به شکل واضح بمشاهده میرسد .

۷ - امواج استداری Pristaltic waves :

در التهاب وانسداد امعاء امواج استداری متبارز میگردد . سه قسم امواج استداری موجود میباشد (2-1)

a - در Pyloric Stenosis درناحیه اپیگستریك ازطرف چپ براست امواج استداری دیده میشود .

b - درانسداد ilio cecal valve (زیاد تر ازسبب (TB) توسع الیوم و Jejunumبمیان آمده ناحیه مرکزی بطن (Umblical) برجسته میگردد و امواج استدرای درین ناحیه شباهت به آوازی دارد که ازبالاشدن بالای زینه بمیان می آید . (Step ladder pattern) (2-1)

c - در انسداد کولون صاعده درقسمت راست ازپائین به بالا امواج استدرای دیده میشود .

d - در انسداد کولون نازله درمحیط بطن توسع موجود بوده ودرقسمت راست بطن از بالا بپائین امواج استدرای دیده میشود (1) .

۸ - موهای عانه : - در زن ها سرحد علوی مویهای عانه مقعر ودرمردها محدب بوده وتاناف امتداد دارد . درزن ها درتمورهای مبیض که هورمون های اندروجن را افراز می نماید این حالت معکوس میگردد (۲)

ودرمردها معکوس شدن این حالت دلالت به تمورهای خصیه می نماید که هورمون های استروجن (Estrogon) را افراز می نماید .

۹ - ناف (سره = umblicus) موقعیت ناف را یاد داشت نموده که درحالت نارمل ناف درقسمت مرکزی بطن دربین xyphoid و Symphysis pubica کمی نزدیك به symphysis pubicaموقعیت دارد . در تمورهای مبیض (تخمدان) ناف بطرف بالا تیله گردیده و در وسط Xyphoid و Symphysis pubica موقعیت را اختیارمی نماید .

بعداً شکل ناف را ملاحظه نموده که درحالت نارمل کمی بطرف پائین فرورفتگی دارد که بنام invertde یاد میگردد . درحالت حبن بیرون می براید که بنام Evertion یا Ptosisسره یاد میگردد (2-1)

۱۰ - فوحات فتقیبه : - Hernial orifice : - فوحات فتقیبه در ناحیه های مقبنی ingulnal , umblical و اپیگستریك مشاهده نماید .

۱۱ - Scar و Strias : - موجودیت scar به عملیات یازخم سابقه دلالت میکند . موجودیت خطوط در جدار بطن تغییرات تازه حجم بطن را ارائه می نماید بمثل حمل، حبن ، چاقی وغیره .

در Cushing سندروم خطوط گلابی رنگ در جدار بطن بملاحظه میرسد در Pancreatitis نذفی موجودیت رنگ ابی ناحیه Flank علامه تشخصیه بوده وبنام Grey turners sign یاد میگردد . وموجودیت این علامه در اطراف ناف بنام Cullen,s sign یاد مینماید (1-2).

جبس PALPATION

برای جبس بطن توسط خطوط ذیل به ۹ قسمت تقسیم شده است (2-1)

۱ - دوخطوط عمودی که ازنقطه متوسط مقبنی میگذرد (نقطه متوسط مقبنی درقسمت متوسط Symphy sis pubica و-Spin ilia r ca anter ۱۵۲ واقع میباشد)

۲ - دوخطوط افقی که یك خط هردو iliaca tuberçales باهم وصل می نماید وخط دیگرافقی هردوطرف سرحد سفلی عضاریف ضلعی را وصل می نماید توسط این خطوط بطن به ۹ قسمت ذیل تقسیم میگردد .

۱ - umblical که در اطراف سره واقع میباشد .

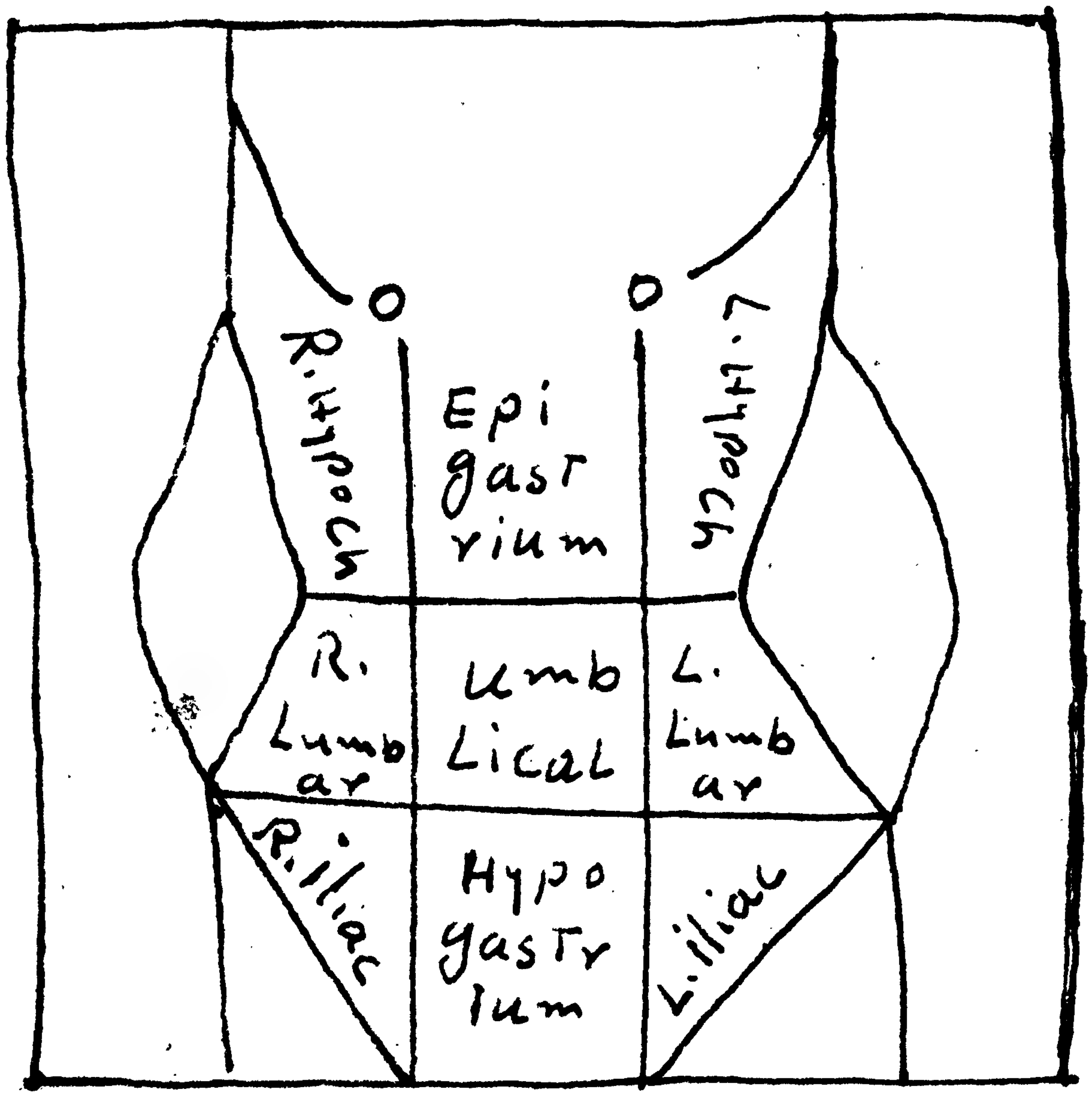
۲ - ناحیه Ephgătrium بالاترازناحیه سروی دربین اضلاع موقعیت دارد .

۳ - Hypo gastrium پـــائـــین ازنـــاحـــیه ســـروی وبالا از Symphysis pubica موقعیت دارد .

٤- ۵ - Right and Left - هایپوکاندریوم .

٦ -۷ - Right and Left iliac درناحیه سفلی وحشی سروی به هردوطرف واقع است .

۸-۹ Right and Left lumber : درطرف راست وچپ ناحیه سروی واقع است .



Abdomenal areas

میتود جس : در وقت جس بطن اول بطرف راست مریض ایستاده و دست ها توسط باهم مالیدن گرم نموده وجس را شروع نماید . اول باید تمام بطن توسط دست به آهستگی جس نموده وبعداً اصل جس را شروع کنید به این ترتیب مریض خوب Relax میگردد . نقطه دیگرمهم اینست که ناحیه ماوفه در آخرجس گردد . توسط جس کتله ، حساسیت (Tenderness) وسپازم معلوم میگردد . (2-1)

Tenderness چاردرجه دارد (2-1)

grade I : - مریض میگوید که باتماس درد موجود است .

grade II : - توسط تماس مریض قواره خود را تغییر داده وعکس

العمل توسط تغیرقواره نشان میدهد.

grade III : - زمانیکه ناحیه ماوفه جس میگردد مریض دست های خود راحرکت میدهد.

grade IV : - مریض به داکتر اجازه نمیدهد که ناحیه ماوفه را جس نماید.

وضعیت مریض دروقت جس : - مریض باید در بستربدون بالشت با استجاع ظهری افتیده و پاهای مریض از زانوکمی بحالت قبض و مریض خوب Relax میباشد و راس مریض برای جلوگیری انتان تنفسی بطرف مقابل انحراف داده شود .

جس کتله : - در وقت جس کتله نقاط آتی درنظر گرفته شود (2-1)

۱ - Localization

۲ - Shape and size

۳ - کنار وسطح آن

٤ - قوام

٥ - تعداد

٦ -تحرکیت وحرکت آن باتنفس

۷ - آیا کتله داخل بطن، خارج بطن ویا در جداربطن موقعیت دارد.

برای این منظور به پیشانی مریض دست خود را نهاده وفشاربدهید وازمریض خواهش نماید که سرخود را بلند نماید که بدین وسیله بطن مریض محکم وسخت میگردد اگرکتله خورد ویا ازبین برود داخل بطنی است . واگرکتله کلان ویا خوب واضح گردد واضح است که خارج بطن است و اگرکتله تغییر نکند واضح است که به جداربطن ارتباط دارد .

اقسام جبس

۱- جبس سطحی Superficial

۲- جبس عمیق Deep palpation

۳ - جبس دو دستی Bimanual

٤- - جبس dipping

۱ - جبس سطحی - برای تشخیص ، سپازم، کتله و Tenderness اجرا میگردد درین طریقه جلد بطن توسط دوانگشت گرفته شده وبطرف بالاکش میگردد به اینترتیب Hyperasthesia تعین شده میتوانـد. اگـرکدام حالت التهابی Peritonitis و appandistis مـوجـود باشد مریض درد احساس می نماید. ۲ - جبس عمیق : - این جبس تـوسط تـمام دست اجـرا گردیده و از iliacfossa چپ شروع وبه -Hypochondri um راست ختم میگردد. در این عملیه باید آرنج با دست موازی باشد . در وقت جبس عمیق داکتردر پهلوی مریض نشسته وکف دست به تمامی جدار بطن و انگشت ها ازمفصل Metacarpophalangeal بطرف پائین حرکت نماید. برای جبس احشاء جامد (Solid) وکتله تنفس عمیق مریض ضروری است که درین وقت توسط حرکت دست به کنار Redial یاوحشی انگشتِ شهادت کتلهٔ یا احشاء مذکورجبس میگردد .

اگردرطرف چپ بطن حادثه التهابی موجود باشد ازین طریقه کارنگرفته زیرا که طرف ماوفه باید همیشه در آخرجبس گردد .

درحالت موجودیت Koch,s Abdomen توسط حبس خیمره مانند (Doughyfeel) احساس میگردد .(2-1)

حبس طحال

اناتومی سطحی طحال : - طحال درقسمت علوی طرف چپ بطن در Hypochondrum چپ واقع میباشد در باره طحال این فارمول موجود است 1x3x5x7x9x11 یعنی طحال 1 ضخیم ، 3 وسیع، 5 طویل و7 Ozs وزن دارد و تحت ضلع ۹ تا ۱۱ قرار دارد (2-1)

طریقه حبس طحال : - برای حبس طحال توسط دست راست ازطرف ilicafossa راست حبس شروع وبه شکل مایل بطرف Hypochondrium چپ اجرامیگردد . در وقت حبس باید مریض تنفس عمیق نموده که به این ترتیب حجاب حاجز پائین شده وطحال نیزبطرف پایان تیله میگردد . برای تعین کمی بزرگ شدن طحال مریض به پهلوی راست دور داده و داکتردست خود را تحت اضلاع چپ می نهد و ازمریض خواهش میگردد که شهیق عمیق اجرانماید که درین وقت طحال حبس میگردد .

اسباب Splecnomegaly قرارذیل اند .

۱- ملاریا ۲- kalazar ۳- لوکیمیا (myloid) ٤ - محرقه ٥ Typhoid - سیروزجگر ٦ - مرض Hodgkin ۷ - Polycythemia ۸ - Purpnra ۹ -کیست Hydatic ۱۰- Felty,s syndrom :

حبس عقدات لمفاوی مسارقی . - این عقدات بالای ۲بر۳ قسمت انسی آن خط حبس میگردد که طرف راست iliac spine باسره (ناف) وصل نموده - 2- 3cm بطرف چپ .امتداد دارد

حبس‌جگر Liver : -

اناتومی سطحی جگر: - جگردر Hypochondrium راست موقعیت داشته و سرحذ علوی آن در مسافه چارم بین الضلعی یا عقب ضلع پنجم درخط Medclavicular موقعیت دارد . سرحد سفلی جگر بالای آن خط واقع است که غضروف ضلح نهم راست را با غضروف ضلع هشتم چپ وصل می نماید . این خط خط متوسط بطن را ازقسمت سره و xyphoid کمی بالا قطع می نماید .

میتود اول حبس جگر : - مریض به استجاع ظهری طوری افتیده که پاهای آن از زانوقبض وبالشت در زیر راس مریض نباشد . داکتر دست راست خود را بالای بطن مریض نهاده (درطرف راست iliac fossa) به ترتیب که کنار دست به کنار اضلاع و به کناروحشی عضله Rectus متوجه باشد به مریض گفته میشود که تنفس عمیق را اجرانماید که درهمین وقت دست خود را بطرف بالا عموداً برده وجگرحبس میگردد (درحالات بسیارنادر دراشخاص صحت مند جگر حبس شده میتواند) ونقاط مهم در وقت حبس باید یاداشت گردد .(1-2) .

میتود دوهم حبس جگر : - هردو دست خود را تحت اضلاح طرف راست نهاده به ترتیب که ازکنارعضله Rectus دورباشد .انگشت باید بطرف اضلا ع بوده وبه مریض گفته شود که شهیق عمیق را اجرا نماید و درین وقت به انگشت های خویش بطرف داخل وبالا فشاردهید درنتیجه سرحد سفلی جگرکلان تیزومنظم حبس میگردد ونقاط آن را یاد داشت نماید(1-2)

فشار خون (Blood pressure =Bp) تعداد تنفس فی دقیقه (R.R/Min) Respiratory Rate/Mine، درجــه حرارت وجود Tempratur ووزن وجود میباشند(۱، ۲)

۳ – معاینه اعضاء وسستم های مختلف که به ترتیب ذیل باید بدقت معاینه گردند .

راس یا سر Head: راس ازنظر انوملی ها ، موجودیت وعدم موجودیت موی ها ، موجودیت Scar یا ندبه ، ندبات عملیاتی ویا ترضیفی ، موجودیت کتله وغیره جستجو گردد (۲)

وجه : Face : ازنظر شکل ،رنگ جلد ، موجودیت انوملی ها Scars, لب چاق ،موی ابروها وغیره معاینه وجستجو گردد.

E.N.T ، Ear , Nose ,Throut :– گوش وگلون وبینی باید بدقت معاینه گردیده وموجودیت علایم غیرنورمال یادداشت گردد (۲)

چشم Eye : از نظر شکل ، موجودیت سرخی درچشم ،موجودیت التهابات ، افرازات حرکات اضافی وغیره معاینه گردد (۲)

عنق Neck : ازسبب موجودیت جاغور، نبضان اوعیه درعنق خصوصاً درامراض قلبی ، موجودیت کتلات شحمی ،کلان بودن عقدات لمفاوی موجودیت Sinusهای عقدوی وغیره بدقت معاینه گردد.

سستم تنفسی : Respiratory System : درین قسمت معاینه فزیکی باتفتیش صدر ازقدام به خلف وجوانب اغاز میگردد ونیز به ترتیب جس صدر، قرع ، واصغای صدر ازقدام وخلف صدر صورت میگرد وعلایم

۱ - وصف کنارجگر : - که لشم ،تیز، منظم ویاضخیم است .
۲ - سطح جگر : - که لشم ویا Nodular است .
۳ - Tenderness : حساسیت جگردر حالات ذیل موجود وکلان میباشد .
a - احتقان جگر b - ابسی امیبك c - هیپتایتس انتانی .
٤ - نبضان کبد : درعدم کنایه ترای کوسپید کبد نبضانی موجود میباشد .

Murphy, s sign : این علامه درالتهاب کیسه صفرا مثبت میباشد .

میتود : - دست خود را در زیر اضلاع طرف راست طوری بمانید که انگشت گلان بالای نوك غضروف ضلع نهم ویا ازنظر پراکتیك به کنار اضلاع وبالای زوایه بین عضله Rectas بیاید. ازمریض خواهش گردد که شهیق عمیق اجرانماید درین وقت انگشت خورد را تحت کنارضلع تیله نماید . در وقت شهیق حجاب حاجزپائین اگر التهاب کیسه صفر ا موجود باشد (Cholicystis) مریض شهیق خود را توقف می نماید و نشان میدهد که علامه Murphy برای التهاب کیسه صفرا مثبت میباشد (2-1)

۳ - Bimanualpalpation : - این میتود حبس برای حبس گرده استعمال میگردد ودرحبس گرده ازآن بحث بعمل خواهد آمد .

٤ میتود حبس Dipping : - این میتود در موجودیت حبن (Ascites) استعمال میگردد . درین میتود دست ها را بالای جداربطن مانده و آنها را بطرف پائین تیله (Dipping) که درین وقت مایع بی جا

شده وانگشت ها بالای احشاء کلان تماس می نماید . که این میتود برای حبس احشاء بطنی کلان ومخصوصاً جگر درحین موجودیت مایع در جوف پریتوان استعمال میگردد (2-1)

Spider Naevi : - عبارت ازخطوط سرخ بمثل عنکبوت بوده و ازتوسع arteriol مرکزی که شرائین کوچك ازآن جدا گردیده است تشکل شده است . Spider naevi در مرض سیروز جگر تولید شده ودرصدر(بالا از Nipple) ، روی ودرقسمت های ظهری دست وارنج دیده میشود .

حبس کیسه صفرا : - موقعیت دست ها درین حبس مشابه به جگرمیباشد . کیسه صفرا درحالت نارمل حبس نمیگردد . کیسه صفراقابل حبس به شکل مدور ویا به شکل کتله کروی میباشد . این کیسه بطرف راست عضله Rectus نزدیك نوك غضروف ضلع نهم حبس میگردد. با تنفس حرکت نموده ودر حالات ذیل حبس میگردد .

۱ - در کانسرراس پانقراص

۲ - Mucocele کیسه صفرا

۳ - Carcinama کیسه صفرا

فرق بین کلیه راست کلان و کیسه صفرا بزرگ درجدول ذیل نشان داده شده است (2-1)

Right Floating kidncy	Destended gallbladder
۱-گرده در وقت ذفیرگم میگردد وبه بسیارسختی پس گرفته شده میتواند ۲ - گرده بطرف پائین بطرف حوصله تیله شده میتواند وحتی توسط شهیق قوی در این موقعیت نگاهداشته میشود . ۳- بــه میــتوددو دســتی (Bimanual) حبس میگردد .	۱- کیسه صفرا کلان ازجداربطن موقتاً بطرف خلف تیله شده میتواند لیکن همیشه جای خود را پس اشغال می نماید . ۲ - کیسه صفرا کلان ماده دوهم گــرده را تعقیب کرده نمیتواند. ۳ - به میتود دودستی حبس شده نمیتواند.

فرق بین طحال کلان و کلیه کلان چپ : درجدول ذیل نشان داده شده است (۲-۱)

طحال کلان	کلیه کلان چپ
۱- کنار تیزدارد	۱ - کنارمدور دارد
۲ - Noch موجود میباشد	۲ - Noch موجود نمیباشد
۳ - طحال بطرف پائین وانسی کلان میشود	۳ - کلیه تنهابطرف پائین کلان میشود
٤ - به میتود دو دوستی حبس نمیگردد	٤ - به میتود دو دستی -Biman ual حبس میگردد
۵ - انگشت ها دربین کتلات قابل حبس وکنار اضلاع داخل شده نمیتواند	۵ - انگشت ها در بین کتلات قابل حبس وکنار اضلاع داخل شده میتواند
٦ - در قدام طحال -Dull ness موجود میباشد	٦ - در قدام کلیه Resonance موجود میباشد

قـــــــرع PERCUSSION

توسط قرع مایع وگاز درجوف پریتوان تشخیص میگردد . در سیستم هضمی اگرگاز تجمع نماید توسط قرع آوازTympanic شنیده میشود، درموجودیت مایع آواز Dullness واگرمایع کم باشد Fluid thrill و Shifting dullness موجود میباشد.

Fluid Thrill : - (2-1)

مریض به استجاع ظهری طوری افتیده که پای آن از زانوقات شده باشد داکترکف یك دست خود را درمقابل طرف Flank مریض می نهد و توسط یك انگشت دست دیگر در Flank طرف خود ضربه وارد می نماید که در طرف دست حبس کننده یك احساس بمیان می آید که این احساس توسط جلد وشحم نیزانتقال شده میتواند . برای تشخیص تفریقی شخص سوم کنار انسی دست خویش بصورت عمودی در قسمت متوسط بطن نهاده اگربازهم Thrill موجود باشد دلالت به موجودیت مایع می نماید زیرا که انتقال توسط جلد وشحم ازبین میرود (1-2)

Cystic thrill : -تشخیص تفریقی دربین پندیدگی cystic وجامد قرار ذیل صورت میگرد .

میتود : - بالای پندیدگی سه انگشت خود را (انگشت شهادت، متوسط و انگشت Ring) نهاده طوری که یکی از دیگردورباشند . انگشتان indix و Ring بالای جلد باید اتصال صمیمی داشته باشد . حالا توسط انگشت متوسط دست راست (Plexor) بالای انگشت متوسط

دست چپ (Plexometer) ضربه وارد نمائید به ترتیبکه توسط هر ضربه Plexometer به پندیدگی مربوطه تکرنماید وتوسط Plexor درحین فاصله های ضربه هابا پندیدگی تماس نداشته باشد به این ترتیب توسط انگشت های indix و Ring یك Thrill احساس میگردد .

Shifting duillness : - عبارت از تغییر Dullness است که باتغییر وضعیت مریض بوجود می آید . (2-1)

متود : - مریض به استجاع ظهری افتیده وداکتر ازمرکزبطن بطرف Flankقرع را شروع کرده تاکه Dullness بوجود بیاید حالا مریض به پهلوی دیگردور داده ودست داکتر بیجانیمگردد. . بعد از انتظار وقتی کمی دوباره قرع شروع میگردد حالا درناحیه Dull مذکور Resonance بمیان می آید موجودیت Shifting dullness نشان میدهد که مایع آزاد در جوف پریتوان موجود میباشد .

Puddle sign : - درین طریقه حتی تا 120ml مایع تعین شده میتواند مـــریض برای چـــند دقـــیقه بروی خوابیده وبعداً وضعیت Hand and Knee را اختیار کرده و داکتر توسط Stathescope قسمت سفلی اویزان شده بطن را اصغا می نماید ونزدیك Flank مکرراً توسط انگشت ضربه وارد میگردد وستاتسکوب به آهستگی بطرف مقابل برده میشود درین وقت اگر درشدت و وصف آواز قرع تغییرفاحش رونماگردد گفته میشود که علامه فوق مثبت است . برای متیقین شدن بهتر ستاتسکوب را دوباره درقسمت سفلی اویزان شده بطن بگذارید ودر Fank

توسط انگشت ضربه را وارد نماید حالا ستاتسکوب را درجای مانده شده نگاه داشته ومریض را بوضعیت نشسته بیارید و ضربه تکرراً وارد نموده که این دفعه نظر به مقایسه اول آواز بلند تر و واضح ترشنیده میشود (2-1)

اسباب حبن Ascites : -

١ - TB Peritonitis

٢ - Perite nitis خبیثه

٣ - Cirrhosis جگر

٤ - انسداد ورید اجوف سفلی

٥ - انسداد ورید طحالی و یا بابی

Obstruction of Splenic or Portalvein

٦ - Censtrictive Prericarditis

٧ - CHF

8 - Nephrotic Syndrom

٩ - Hypo prtoien emia

١٠ - (Wet) Beriber

١١- Chylus Ascites

١٢- Budd- Chairi Syndrom

١٣ - اذیمای عمومی (Anasarca)

١٤ - Meig,s syndom : در زن ها در ین سندروم تمور تخمدان، حبن و Hydrothorax موجود میباشد . (1-2)

تشخیص تفریقی بین حبن وکیست تخمدان

Ascites	Ovarian Cyst
۱- Bulging عموماً جنبی میباشد ۲ -Dullnessدر Flank میباشد ۳- Shifting dullness موجود میباشد ٤ - سره (ناف) برآمده میباشد ۵ - سره (ناف) کمی افقی میگردد ٦ - احاطه بطن درقسمت سره (ناف) نظربه حصه پائین زیاد میباشد	۱-Bulging قدامی وخلفی میباشد ۲ - Dullness مرکزی میباشد ۳ - Shitting dullness موجود نمیباشد ٤ - سره(ناف) بطرف بالا میباشد ۵ - سره (ناف) عمودی میگردد ٦ - اندازه بالانظر به اندازه پائین بطنی کم میباشد (2)

اصغا Auscultation

ستاتسکوب را بالای بطن مانده و آوازهای استداری که بنام Bourborygmi یاد میگردد شنیده میشود . این آوازها درانسداد امعاء واسهال اضافه میگردد . اگردرظرف سه دقیقه درقسمت های مختلف بطن کدام آوازشنیده نشود دلالت به Paralyticilleus می نماید (2)

MEASURMENTS

سه قسم measurment بطن موجود است (1-2)

- 1 افقی ۲- عمودی ۳ - مایل

۱ - افقی measurment (اندازه‌افقی) : - درحذای سره وپائین ازان اندازه میگردد. در Cyst تخمدان اندازه قسمت سفلی بطن نظر به ناحیه سروی زیاد میباشد. درموجودیت حبن محیط ناحیه سروی نظر به قسمت سفلی زیاد میباشد .

۲ - اندازه عمودی : - ایـــن انـــدازه درخـــط مـــتوســـط از xyphoid procesus تا به Symphysis pubica اندازه میگردد . در Cyst تخمدان سره (ناف) بالا رفته وفاصله های Procesus xy- phoidus تا سره و ازسره تا Symphysis Pubica باهم مساوی میگردد. در موجودیت حبن umblical ptosis بمیان آمده وفاصله Proc- xyphoidus وسره نظربه فاصله سره و symysis Pubica زیاد میگردد.

اندازه مایل بطن

این اندازه عبارت ازفاصله سره تاشوك قدامی حرقفی میباشد. در Cyst تخمدان والبسی appendix اندازه مایل ناحیه مربوط اضافه میگردد .

RECTAL EXAMINATION

مریض را بوضعیت Semi Proneآماده نموده و درموجودیت روشنایی کافی ناحیۀ مقعدی تفتیش میگردد .

یك انگشت دستكش را توسط مایع لشم کننده چرب نموده وبعداً به آهستگی داخل کانال می نمایم . درین وقت کوشش میشود که نیوپلازم ، قرحه ، کتلات ترومبوزي، جسم اجنبی وبزرگ شدن پروستات راجبس نمایم . بعد ازخارج نمودن انگشت موجودیت خون، قیح ومخاط بائد درنظرباشد. (2)

تشخیص تفرقی دربین قرحات معده و اثناعشر (2-1)

Factors	قرحه اثنا عشر	قرحه معده
۱- درد شروع درد	2-4 ساعت بعد ازخوردن غذا	15-30دقیقه بعدازخوردن غذا
۲ - ناحیه	اپیگستریك(نصف طرف راست یاHypochandrium راست)	درقسمت متوسط اپیگستریك
۳-انتشاربه پشت	نادر است	عمومیت دارد
٤-ارتباط به غذا (شیر)	درد راکم میسازد	درد را زیاد میسازد
٥-ph معده	اسید زیاد میباشد	اسید نارمل میباشد

فزیکی غیرنورمال یادداشت میگردد. طرز اجرای معاینات فزیکی سستم تنفسی بعداً مفصلاً مطالعه میگردد.

سستم قلبی وعایی C.VS : - ساحه قرب القلبی ابتدا تفتیش (inspection) شده بعداً به ترتیب جبس (Palpation) قرع (percussion) واصغا(Auscultation)میگرددوعلایم غیر نورمال یادداشت میگردد (۲)

که معاینات فزیکی این سستم بعداً مفصلاً مطالعه میگردد .

سستم معدی های Gastro Intestinal system (GIS)

درتفتیش بطــن ندبــات عملیاتی،صبــاغـــات، خطـــوط حاملــگي (Stria), Bulging موجودیت کتلات ، ناف برآمده ، اوعیه های برجسته ،مایع بطنی وغیره بدقت معاینه میگردد . بعداً بطن جس سطحی شده ومتعاقباً جس عمیق واعضای مختلفه جبس گردد .

درصورت موجودیت مایع بطنی معاینات مربوط ان اجراگردد ، در اصغای بطن اوازهای معایی Parastaltism صورت گیرد. باید یادآور گردد که اصغای بطنی متصلاً بعداز تفتیش صورت میگرد زیراکه توسط جبس اوازهای معایی تغیرمی نمایند، معاینات فزیکی بطنی بعداً مفصلاً مطالعه میگردد.

(U.S) Urinary system: تفتیش وجس ودیگرمعاینات مربوط ان باید بدقت مخصوصاًدرصورت موجودیت شکایت ازطرف مریض صورت

بسم الله الرحمن الرحيم

فصل اول

تاریخچه طب داخله وظایف وفعالیت طبیب ازنظر Deontology

درطب داخله امراض زیاد انسانی شامل بوده ویك قسمت کلان طبابت علمی را تشکیل می نماید.

طب داخله عبارت ازعلمی است که ازامراض داخلی وجود بحث نموده وباشعبات دیگر طبابت ارتباط مستحکم رادارامیباشد.

طبیب شهیر یونانی بنام هیپوکرات Hipocrate که درقرن پنجم قبل المیلاد زندگی میکرد بنام پدر علم داخله شناخته شده است ، که در عصر حاضر بعضی علامات مریضی که عالم مذکور برایش اشاره نموده در طبابت حایز اهمیت میباشند، بطور نمونه ومثال از چهره هیپوکرات که درامراض پیشرفته دیده شده وانگشتان هیپوکرات که درامراض تنفسی وقلبی دیده میشود یاد اورمیشویم.هیپوکرات دران وقت برای تشخیص امراض کردار واعمال مریض را بصورت دقیق تحت مطالعه قرار داده وبصورت سستماتیك ازمریض استجواب میکرد .

فصـــــل ششـــم

شکایات عمده ومعاینه فزیکی مریضان کبدی وصفراوی

درد : عرض عمده مریضان کیسه صفرا درد کولیکی میباشد که درقسمت علوی بطن درناحیه اپیگستریك ویا Hypochandrium راست شروع میگردد . دردهای کولیکی بسیار شدید بوده که سبب نا آرامی مریض ، خسافت ،عرق و استفراق میگردد .

شروع درد به شکل آنی ودروقت کم بدرجه اعظمی خود میرسد . درد توسط analgisic قوی ازبین رفته وبه مثل کولیك مـعای بـه شکل periodic بیان می آید. تاریخچه سابقه درد حملوی موجود میباشد (2-4) درمعاینه فزیکی Hypochandrium راست حساس و دارای Rigidity میباشد در وقت شهیق درد اضافه میگردد که بنام morphysign (درحبس کیسه صفرا ذکرگردیده است) یاد میشود . بعضی وقت کیسه صفرا قابل حبس بوده باتب ، لرزه، درد وزردی توام میباشد بعضی وقت با کولیك صفراوی زردی عمیق موجود بوده که دلالت به بندش قنات عمومی

صفراوی می نماید .

زردی : - از ازدیاد بیلروبین درمایعات خارج الحجروی بمیان می آید وعلامه معمول ومهم امراض جگر، طرق صفراوی و Hemolysis میباشد Hyperbilirobenemia- ازسبب ازدیاد تولید بلیروبین (Hemolysis) تنقیص افراغ بیروبین در صفرا (امراض طرق صفراوی) بوجود می آید . اندازه نورمال بیروبین در خون تا 1mg% میباشد وزردی کلینکی وقتی ظاهرمیگردد که اندازه بیلروبین درپلازما 2-2.5mg% برسد زردی که از ازدیاد بیلروبین Congugated بمیان می آید با ادرار تیره (Dark) توام میباشد زیرا که این قسم بیرولین در آب منحل ودر ادرار اطراح میگردد . ازطرف دیگر Non congugated بیلروبین درشحم منحل و با پروتین متحد بوده ودر ادرار اطراح نمیگردد (2)

برای تثبیت سریری زرد ی Sclera چشم وجلد تفتیش گردیده که در زردی Sclera چشم وجلد زرد میباشد. خسافت Sclera چشم ازسبب انیمیا بوجود آمده و Hemolysis ودیگراسباب اینمیا جستجوگردد .

لاغری زیاد در امراض کا نسری ویادر سیروزکبد دیده میشود . کسانیکه به الکول عادت دارند به سیروز مصاب گردیده وعلایم سیروزمثل بزرگ شدن ثدیه اتروفی خصیه ، کم شدن موی های عانه وابطی ، ذوب شدن عضلات بمیان می آید که این علایم باید جستجو گردد .

درجلد علایم Echymosis و purpura ازسبب فقدان پروترومبین و تنقیص صفحات دمویه دیده شده میتواند .

موجودیت Pulmar Erythema وSpidernevi به امراض حادو مزمن کبد دلالت می نماید . موجودیت چند عدد Spidernevi درمردها مرضی بوده وباید معاینات مکمل کبدی اجرا گردد اما درزمان حمل موجودیت این علامه مرضی نیست .

دراشخاص که مصاب Cholestasis است علایم خاریدن جلد، Clubbing انگشتان و xanthoma دریافت شده میتواند .

درنزد اشخاص که به امراض کبدی مصاب اند تشوشات هوش وذکاوت داشته و موجودیت امراض عصبی درآنها اولا رد گردد .

موجودیت Flapping Tremor آثار Ence phalop athy وکومای کبدی رانشان میدهد (2)

اگر با معاینه بطنی حبن تثبیت گردد و مترافق باآن اورده متوسع سره باشد دلالت به موجودیت سیروزمی نماید . اگربامعاینه فزیکی کبد بزرگ Nodolar وسخت حبس گردد، کانسریا Hepatuma کبد ویا کانسرهای متاستاتیک کبد را وانمود میسازد.

در Post Necrotic سیروزس کبد خورد، تکمشی بمیان می آید .

Hepatitis شدید درنزد الکولیستها دیده شده وکبد شحمی وسیروزکبد اکثرا باکبد بزرگ مشاهده میشود.

درعدم کفایه قلب راست کبد احتقانی شده با حبس کنارسفلی کبد حساس میشود.

اگرکیسه صفرا قابل حبس باشد دلالت به انسداد طرق صفراوی خارج

کبدی می نماید .

اگرطحال وجگرقابل حبس باشد دلالت به Portal Hyper tension وسیروکبدی می نماید. بعضاً بالای آورده متوسع بطن (Caputmedosa) درقسمت سره یك آوازمخصوص بنام venus Humشنیده میشود که فرط فشار ورید باب را وانمود میسازد . بعضاً درکانسرهای جگریك Bruit بالای جکر شنیده شده میتواند . موجودیت Friction Rub بالای کبد دلیل قوی برای امراض Neoplaslic کبد، ابسی کبدی ونـدرتاً- برای Hepatoma وکانسر متاستاتیك کبد شمرده میشود.در کانسر راس پانقراص کیسه صـــفرا به شکل یك توپ حبس گردیده کـه بـــنام Hydrops of gull bludder یاد میگردد . حبس جگر و کیسه صفرا قبلاً ذکر گردیده است .

یرقان Juindice = Icter

دریرقان ازنظرکلینك غشای مخاطی وجلد زرد معلوم گردیده وزمانی بوجود می آید که سویه بیلروبین در پلازما به 50 مایکرون دریك لیتر (3mg/dl) برسد اگر سویه بلیروبین کمی بلند گردد زردی خفیف بوجود می آید . ازنظر پتالوژی زردی سه نوع است (2-4)

۱ - HemlyticJundice
۲ - Cholestatic or ObstructveJuindic
۳ - Hepatocellulular Juindice
۱ - Hemlyticr Jundice

زمانیکه تخریب حجرات سرخ زیاد گردد ازسبب تولید زیاد بلیروبین زردی بمیان می آید . میدانیم که جگرسالم شش چند بلیروبین را اطراح نموده وزردی تولید نمیشود . لیکن اگر ازمقدارفوق اندازه بیلروبین بلند شودجگر قدرت اخذو اطراح آنرا نداشته و درنتیجه بلیروبین غیر مستقیم در پلازما بلند رفته وزردی بمیان می آید زردی همولیز به اندازه کم لیکن در امراض جگرواطفال نوزارد (میخانیکت ترانسپورت بیلروبین خام میباشد) زردی به شکل برجسته میباشد .همولیزکرویات سرخ ازسبب Defect داخل کرویات سرخ ویا ازفکتورهای Extracorpuscular بمیان می آید .

در زردی انیمیای Hemolytic بلیروبین غیرمستقیم سیروم معمولاً از ۱۰۰مایکرون مول (6mgldl) کم ودر ادرار بلیروبین موجود نمیباشد اطراح زیاد بلیروبین به سیستم هضمی سبب ازدیاد Sterco billino-gen و Stercobillin درمواد غایطه میگردد که درنتیجه یك قسمت این مواد آخری ازطرف سیستم هضمی جذب وازطریق ادرار urobillinogen زیاد اطراح گردیده ورنگ ادرار نظر به موجودیت urobillin زرد میگردد همچنان مواد غایطه درعدم موجودیت انسداد سیستم صفراوی زرد ورنگ سیاه Dark colour را بخود میگرد. مریض ازسبب اینمیا خاسف وطحال ازسبب فعالیت زیاد سیستم Reteculo endo Thelial معمولاً کلان میشود .

درمعاینات لابراتوری Anemia ، Riticulocytosis و Hyper billirobinemia موجود ودیگرتست های کبدی نورمال میباشد.

Hepatocellular Juindice - ۲

این قسم زردی ازسبب ماوف شدن حجرات کبدی تولید گردیده یعنی درین حالت توسطحجرات کبدی اخذ بیلروبین غیرمستقیم ، Cunjugat ion وترانسپورت آن به تشوش مصاب میگردد (2-4)

در زردی Hepatu cellular اگربعد ازمرحله Cunjugat ion مرحله ترانسپورت بیلروبین به قنات های صفراوی ماوف شده باشد درین حالت هردوبیلروبین مستقیم وغیرمستقیم درپلازمابلند میرود .

اسباب : - اسباب زردی Hepato cellular قرار ذیل اند :

۱ - آفات حاد پرانشیم کبدی بمثل viral hepatitis، توکسین وغیره

۲ - ادویه : معمولاً ادویه سبب این قسم زردی بوده بمثل الکول وغیره .

۳ - درطفل نوزاد : درکبد اطفال Permature موجودیت نقیصه میتابولیکی ترانسپورت بلیروبین .

٤ -هیپاتایتس مزمن وسیروزس .

لوحه کلینکی : لوحه سریری این نوع زردی به اشکال مختلف که به اسباب ارتباط داشته دیده میشود وزردی از درجه خفیف تا درجه وخیم موجود شده میتواند .

Cholestatic or Obstructve Juindice- ۲

این زردی عبارت ازعدم کفایه جریان صفراوی میباشد که هرقسمت بین Hepatocyte واثناعشربمیان آمده میتواند . زردی به شکل پیش رفته موجود بوده زیرا که بیلروبین مستقیم (Conjogation) به قنات های

صفراوی داخل شده نمیتواند ونیزکلیرانس داخل شدن بلیروبین غیرمستقیم به حجرات کبدی به عدم کفایه روبرو میباشد (2-4)

اسباب : - اسباب این زردی انسداد قنات های صفراوی کلان باانسداد قنات های صفراوی کوچك را تشکیل میدهد. اسباب مهم انسداد قنات های صفراوی کلان توسط سنگ ها و کانسر راس پانقراس را تشکیل میدهد. هم چنان کانسرBileduct ، Stricture قنات صفراوی، آفات Ampulla of water (کانسر) وغیره سبب انسداد طرق صفروای میگردد . (2-4)

اسباب انسداد قنات های خورد صفراوی عبارت از دواها (الکول)، Chronic activehepatitis, Viralhepatitis ، سیروز کبدی وحاملگی میباشد . ازطرف دیگر زردی Cholestatic با زردی عمیق توسط عملیات های جراحی انتانات وخیم باکتریای ، مرض هوچکن ولمفوما بوجود آمده میتواند .

امراضیکه قنات های خورد بین الفصی جگررا ماوف میسازد عبارت از سیروز صفراوی و Perich o Langitis Of ulcerati vecolitis میباشد. همچنان کارسینومامنتشرثانوی جگر سبب زردی انسدادی میگردد (2-4)

لوحه کلینکی : - زردی شدید ودوامدار میباشد، جلد زرد، مواد غایطه خاسف وخاکی رنگ میباشد که این رنگ مواد غایطه ازسبب عدم موجودیت بلیروبین و Steaturrheaمیباشد، رنگ ادرار تیره ازسبب

اطراح بیلروبین مستقیم میباشد. بعضی مریض ها anoroxia و meta lic tast در دهن خویش دارد .تب ولرزه در Cholangitis دیده میشود که اکثرا ازبندش سنگ های صفراوی ومداخله انتان بوجود می آید . حبس کسیه صفراکلان انسداد قنات کلان صفراوی توسط کارسینوماراس پانقراس رانشان میدهد . جگرکلان غیرمنظم ، به نیوپلازم جگردلالت میکند در زردی انسدادی دوامدار در جلد آفات Xan Thomatous (درقسمت ابروی چشم) که ازسبب سوء امتصاص امعاء بمیان می آید موجود میباشد . ضیاع وزن تمایل نذفی (فقدان Vitk) درد استخوان ها (فقدان Ca و VitD) دیده میشود . درنوع دوامدار این قسم زردی علایم کلینکی عدم کفایه جگر وعلایم کیمیاوی آن بمیان می آید .

Conginital non Hamolytic Hyperbilirobenemia

Gillbert syndrom : - عبارت ازیك حالت سلیم است که بار اول دراشخاص جوان شناخته شده است و اغلباء از اسباب زیاد بمیان می آید. یابه شکل ارثی ازحالت Autosom al Domenant زردی خفیف در آن دیده میشود .

درین سندروم زردی خفیف که به شکل تصادفی ویا بعد از گزراندن Viral hepatitis بمیان می آید . زیادی مریضان هیچ اعراض ندارد .

سبب مهم ازدیاد بیلروبین غیرمستقیم عدم موجودیت glucorony l trans ferase میباشد ودربعضی وقت اخذ بیلروبین غیرمستقیم ازپلازماخراب بوده که توسط تطبیق 60mg فنیو باربیتل دودفعه در

روزفعالیت glucorony l trans ferase زیاد میگردد که توسط تطبیق این دوا زردی ودیگراعراض مریض کم میگردد (4-2)

Criglar Najar syndrom : - درین سندروم در Typei آن بشکل مکمل G. Tranferase درجگرموجود نمیباشد . در اطفال ازسبب زردی زیاد kern icterous دیده شده که سبب مرگ طفل در روزهای ابتدا بعد ازتولد میگردد وبسیارکم مریضان به عمر کهولت خویش میرسد. در TypeII انزایم مذکوربه شکل قسمی کم بوده وزردی و Kern Icterus به اندازه کم بوده و زیاد تر مریضان به عمرکهولت میرسد. که این را Autisomal dome nante یاد نموده وبسیار نادر است .

Duben Johnson Syndram :- یك حالت نادر Autosomal Resessiveبوده که قابلیت ترانسپورت ایون عضو در آن کم میگردد . یعنی انتقال Billorobin glucoronide به قنات های صفراوی تنقیص می یابد که درنتیجه بیحالی ،زردی خفیف، Hyperbiliro binemia به شکل Conjogated Type II موجود میباشد . در ادرار بیلروبین مثبت ودیگرایون های عضوی به اندازه کم انتقال میگردد که این اینون عبارت از BSP بوده که برای تشخیص حالت فوق اهمیت زیاد دارد .

توسط بیوپسی جگردر قسمت مرکزی Centro lobular Hepatocyte یك صباغ سیاه تاریك (Dark Pigment) دیده میشود. انذار این مرض خوب است (2)

RIETER Syndram :یك سدزوم نادر بوده که در آن زردی خفیف ، ازدیاد بیروبین مستقیم و Billirobinuria موجود میباشد . ازنظرهستولوژی جگرنارمل وکلیرانس BSP نیزنارمل میباشد. درین سندروم توسط جگر اخذ بلیروبین Poor (بسیارکم) وذخیره آن خراب میباشد لیکن انذار این سندروم فوق العاده خوب میباشد (4-2) .

گیرد.

نهایات Extrimeties : - ازنظرسوء تشکلات ،موجودیت Scars موجودیت Varices ، اندفاعات نزفی Heamorrhagic (Spots) اذیما ، عکسات وتری ودیگر حادثات مرضی دقیقاً معاینه شود.

دراخر نظریه اعراض وعلایم دریافت شده تشخیص احتمالی Impression وضع میگردد ، ونظر به ان معاینات لابراتواری به مریض برای تائید تشخیص حقیقی توصیه میگردد .

فصـــــل هفتـــم

شکایات عمده مریضان سیستم بولی

درد : - درد میتواند به شکل خفیف، متوسط ویا شدید باشد ویا اینکه به شکل سنگین ، تیز و کولیك احساس میگردد .هم چنان درباره انتشار درد معلومات کسب گردد درد گرده درناحیه Flank بصورت موضعی موجود وبعضی وخت درسیرطرق بولی (درد حالب) انتشار می نماید . درباره سوزش ادرار توام با درد و دیگر اغراض معلومات حاصل گردد . (2)

Heamaturia : - عبارت ازموجودیت خون در ادرار میباشد .

Isolated Heaturia : - نذف طرق بولی از pelvisگرده تا urethra، این قسم نذف را بوجود می آورد . درین حالت پروتین یوریا تب و Cast به اندازه کم موجود ویا هیچ موجـــود نمـــیباشد اسباب این Hematuria را سنگ های طرق بولی، تمورها ، TB ترضیضات والتهاب پروستات تشکیل میدهد (2)

Nephronal Hamaturia : - در سـیر تمام نفرون (ازگلولیرول تا Collecting duct) خون به مایعات توبول ها داخل شده

میتواند . موجودیت RBC cast دلالت به نذف نفرون می نماید. اگرمریض در شروع ادرار خون تازه سرخ راخارج نماید دلالت به آفات احلیل نموده وزمانیکه خون در آخر ادرار دیده شود امراض پروستات قسمت مثلثی مثانه واحلیل را وانمود میسازد. هم چنان اگرخون در تمام ادرار دیده شود آفات گرده، مثانه واحلیل را ارائه می نماید.

Oliguria : - اگر اندازه ادرار در شخص کاهل از 400ml در ۲٤ ساعته کم گرددبنام Oliguria یاد میگردد (16.6ml دریك ساعت).

Polyurea : عبارت از ازدیاد حجم ادرار است یعنی اگردر کاهل مقدار ادرار از 3 لیتر زیاد گردد بنام Pollyurea یاد میگردد و اسباب مهم آن Diabetes insipedus ، Diabetes maletus وافات گرده میباشد . (2)

Anuria :- عبارت ازعدم موجودیت ادراراست که علت مهم آن احتباس ادراراست.

Nocturia : - عبارت از ادرار شبانه میباشد . درحالت نارمل در وقت خواب در شب آنقدر ادرار ساخته میشود که ازظرفیت مثانه تجاوز نمیکند . اگراندازه ادراردرشب ازظرفیت مثانه زیاد گردد سبب Nocturia میگردد .

Dysuria : - عبارت از درد وسوزش و یاناراحتی دراحلیل در وقت فعل بتول است . بصورت عموم Dysuria بالای هرقسم abnormali-ty فعل تبول اطلاق شده میتواند اسباب مهم آن امراض گرده ، مثانه

واحلیل میباشد .

Incontinence تسلسل بول : - عبارت ازفعل بتول بدون اختیاراست درین حالت مرضی کنترول مثانه ازبین رفته وتوسط انتان تشوشات عصبی ویا در تشوشات وظیفوی میخانیکی مثانه بمیان می آید .

Enurisis : - در وقت خواب تبول بی اختیار را میگوید . این حادثه تا 3 سالگی نارمل و اگر از۳ سالگی به بعد موجود باشد باید اسباب مرضی آن جستجو گردد .

Frequency : - درین حالت مریض چند دفعه ادرار نموده که مقدارآن شاید زیات

(polly urea) ویاکم باشد که این قسم تکلیف اکثرا در امراض بولی، مرض شکر ، حالات هیجانی و در دیابت بی مزه دیده میشود (2) .

Hesitancy : - مریض احساس تبول را نموده لیکن وقتیکه بخواهد که تبول نماید درشروع آن تکلیف رونما میگردد . یعنی مریض برای یك وقت کمی انتظارکشیده تاکه ادرار آن ایله گردد . این عرض درحالات هیجانی، در اشخاص عصبی از امراض پروستات بمیان می آید (2) .

urgency : - مریض به شکل شدید احساس تبول را نموده که به شکل دوامدار ویا متناوب بوده واکثراً با Frequency توام میباشد . این عرض درامراض پروستات ودرحالت انتانی مثانه دیده میشود .

Dribbling : - درین حالت ازمریض ادرار به وقفه های زیاد ومقدارکم قطره قطره خارج میگردد . این حالت اکثراً درتغییرات ساختمانی

احلیل ، در بندش پروستات ودرتشوشات عصبی دیده میشود (2)

Pyuria : - عبارت ازموجودیت قیح در ادرا است . درین حالت مریض ادرار مکدرراً می نماید (باید ذکرگردد که تمام ادرار مکدر Pyuria نمیباشد) این حالت ازانتان هرقسمت سیستم بولی بمیان آمد ه میتواند .

Azotemia : -اندازه کردن Crea tinin وurea سیروم برای Glumerular filtration Rate = GFR یك معیارخوب است این مواد به ترتیب ازعضلات وجگر به یك مقدار ثابت ساخته شده و از گلومیرول فلتر وتوسط توبول ها جذب میگردد .

درسیروم ازدیاد این مواد (Crea tinin و urea) بنام Azotemia یاد گردیده وتوسط تنقیص GFR بمیان می آید (2) .

Edema : - اگراذیما در نواحی دست ها ، در حوافی چشم ها ویا در تمام وجود موجود باشد به امراض گرده فکرشود .

Venerial disease : امراض زهری :

در هرمریض باید سوزاك ، سفلیس ودیگرامراض که گذاشتانده اند جستجوگردد ونیز در مورد شروع مرض وتداوی آن معلومات کسب گردد .

Ischuria :- ادرار بواسطه فشارمیخانیکی احلیل ویا مثانه بوجودآمده و بنام Ischu ria یاد میگرد د.

Lith uria : - خارج شدن سنگ ازطرق بولی در ادراربنام Lith uria یاد میگردد .

Pneu maturia : - خارج شدن هوا در ادرار بنام pneumaturia

یاد میشود وهمیشه به فستول های معائی بولی دلالت می نماید. این فستول ها درمثانه احلیل و شاید درحالب ویا حویضه های کلیوی بوجود آید.

کانسرکولون Regional Enteritis یا التهابات ناحیوی امعاء رقیقه وترضیفات سبب تشکل فستول های معایی با مثانه میگردد . آفات ولادی نیزسبب بوجود آمدن فستول های احلیل میگردد .

تظاهرات سیستمیک درمریضان سیستم بولی

اعراض سیستمیک درمریضان سیستم بولی عبارت ازتب ،ضیاع وزن وخستگی میباشد.

درالتهابات حادمثانه تب خفیف بوده ویا اینکه تب وجود ندارد اما در مریضان acute pyelone phritis و التهاب پروستات درجه حرارت به 40 °C درجه میرسد و اکثراً توام با لرزه میباشد. هم چنان در py elo nephritis مزمن تب نیزموجود میباشد ضیاع وزن درمصابین عدم کفایه کلیوی که ازباعث انسداد یا انتان بوجودآمده باشدبه مشاهده میرسد . خستگی عمومی میتواند درسرطانها و Pyelonephritisمزمن وعدم کفایه مزمن کلیه بمشاهده میرسد . (9-8)

تظاهرات معدی‌معای مریضان مصاب امراض کلیوی وحالبی شامل دلبدی، استفراق قرحه دهن، التهاب غده نکفیه در uremia پیش رفته میباشد . علت آن را تبدیل شدن یوریا به امونیا درموجودیت باکتریهای دهن میباشد.

بی اشتهایی دلبدی Heccupو استفراق اعراض مهم uremiaمیباشد درقسمت جهازهضمی تخریبات کوچك سبب نذف شده میتواند. اسهال خوندار ازجمله اعراض وخیم امراض کلیوی میباشد (ازسبب تخریب کلیوی وبلند بودن یوریمیا) .

همچنان در Acut . G .Nephritis و Ch.G.N نیزفرط فشارخون دیده میشود . درفرط فشارخون کلیوی ضخامه بطین چپ بمیان آمده وسبب عدم کفایه قلب چپ میگردد . هم چـنان عـدم کـفایه قلب ازسبب uremia نیزبمیان آمده که انذارخراب دار هم چنان uremicpericorditis ازعدم کفایه کلیه بمیان می آید که درین صورت اعراض وعلایم -Pericar ditis تثبیت میگردد (8-9)

درمریضان مصاب امراض کلیوی اذیما درقسمت های وصفی عضویت تشکیل میشود درصفحه ابتدایی درانساج حجروی سست مثلاء در تحت اجفان ، ناحیه تناسلی وخصیه ها وبعداً دراطراف سفلی مخصوصا درمریضان که متحرك باشد ودرناحیه عجزی قطنی درمریضان که محکوم به بستر اند اذیما به وجود می آید .

اذیمای کتلوی درمریضان نفروتیك سندروم glomer olonephritis حاد ومـزمن بـوجود میاید. درموجودیت Hypoxiemia سیستم Rinin angiotensin Aldosteron فعال شده سبب فرط فشار خون وجذب دوباره آب ونمك شده وسبب اذیمای وجود وحجم مایع وجود را بلند میبرد (8-9) .

وجه مریضان کلیوی اکثراخاسف بوده از اثر uremiaخاك آلود معلوم شده که بنام Dustkyface یاد میشود . جلد مریضان uremic تمایل زیاد به Hemorrhag دارد ونقاط نذفی شاید درجلد دیده شود درمریضان uremicدرنواحی غدوات عرقیه (ابط) وسایر جلد یك نوع کرستل های سفید رنگ خاکی که اصلاً کرستل های urate است به مشاهده میرسد که این کرستل های سفید رنگ بنام uremic frostیاد میگردد.

خارش جلد یك عرض غیر ثابت بوده که علت عمده آنرا تجمع ca درجلد وتخریش سطحی وخشگی جلد تشکیل میدهد .

درمریضان کلیوی تشوشات عصبی مانند سردردی،رعشه ، اختلاجات وcoma دیده شده میتواند.

معاینات فزیکی گرده ها

اناتومی سطحی گرده ها :- گرده ها درنواحی lumberموقعیت دارند.

گرده(کلیه) راست : - درپشت دوخط موازی را رسم نموده که یك خط بالای نقره یازده وخط دیگر یك انچ بالاتر از Cristailaca رسم می نمایم همچنان دوخط عمودی که این دوخط موازی را قطع نماید نیز طوری رسم می نمایم که یك خط یك انچ وحشی تر از ستون فقرات وخط دیگر دو انچ وحشی تر ازین خط اولی رسم نموده که به این ترتیب یك چارضلعی حاصل شده که دوانچ وسعت داشته وازفقره یازده تا فاصله یك انچ بالاتر از Cristaillacaامتداد دارد .

وگرده راست درین چارضلعی قرار دارد .

گرده چپ : - گرده چپ از گرده راست نیم انچ بالابطرف چپ قرار دارد فورمول ابعاد گردهٔ گرده عبارت از 1x2x4 میباشد یعنی گرده 1 ضخامت، 2 وسعت و4 طول دارد .

جبس : - گرده توسط میتود دو دستی (Bimanual) جبس میگردد . مریض به استجاع ظهری طوری افتیده که زانوهای آن قات وبالشت درتحت سرش موجود نباشد . یك دست درپشت درحذایی ضلع آخر ودیگردست درقدام در تحت کنارضلع مانده میشود دست خلف به قدام و دست قدام به خلف وداخل جداربطن را تیله می نماید و مریض درین وقت شهق عمیق می نماید که در ین وقت داکترکوشش می نماید تا گرده جبس گردد اگر گرده کلان شده باشد در مابین هردو دست جبس میگردد . اگرمریض بسیارچاق نباشد درحالت نارمل قطب سفلی گرده راست جبس شده میتواند (1-2)

Morphy,s renal punch : - مریض در بسترطوری می نشیند که پشت مریض به داکترمتوجه باشد حالاتوسط انگشت کلان در زاویه کلیوی (زاویه که بین ستون فقرات وضلع آخر موجود است) یك ضربه انی (Punch) وارد میگردد اگر Tenderness موجود باشد Morphy,s Renal punch مثبت است یعني مریض درد شدید رااحساس نموده و Punch مثبت این معنی رامیدهد که درمحیط گرده Hy;dronephrosis, Absces ویاکدام آفت التهابی دیگرموجود است (1-2).

معاینات لابراتوری و Instromental مریضان کلیوی

حجم ادرار : - درحالت نارمل ومحیط گرم حجم ادرار 800-2500 ملی لیتر24 ساعت میرسد وقدرت غلظت کلیوی ادرار محدود میباشد . در وقت خوردن رژیم غذای نارمل برای اطراح مواد جـــامـــد وفضله (یوریا -الکترولایت) 500ml/24h ادرار کفایت میکند.

اگر درغذا کاربوهایدریت وشحم زیاد و پروتین کم ونمك کم باشند برای اطراح مواد فاضله در 24 ساعت 250ml ادرار تکافومی نماید.

درحالت oliguria اندازه ادرار تنقیص یافته وبرای اطراح مواد فاضله وثابت نگاه داشتن محیط ادرار کفایت نمیکند . اگرقدرت تغلیظ ادرار کم گردد ویامواد منحله ادرار زیاد گردد مثلاء در انتانات وخیم ویا در ترضیضات در روز 3-2 لیترادرار نیزکفایت نمیکند. Oliguria زمان بمیان می آیـــد کـــه Renal blood flow وGFR تنقیص نـــماید مثلاء در Acute glomerolonephritis عدم کفایه قلبی Hypotension ودیگرامراض عضوی کلیوی در ین حالات حتی ادرار بطورکلی ازبین رفته و Anuria تاسس می نماید که باید از بندش ادرار فرق گردد که در بندش ادرار مثانه متوسع ودرمعاینه فزیکی بطن تشخیص میگردد (2)

Polyuria عبارت از ازدیاد دوامدار ادرار است که از -Frequency باید فرق شود که درین حالت دفعات ادرار زیاد ومقدار ادرار هردفعه کم میباشد میخانیکیت های اساسی Ployuria قرارذیل اند .

۱ - مقدارمواد منحله اطراحیه در ادرار زیاد بوده که سبب مانع جذب

دوباره مایع درنفرون میگردد (2)

۲ - تنقیص قدرت تغلیظ ادرار که یك مقدار زیاد مایع برای اطراح مواد منحله بکارمیباشد Polyuria درحالات کلینکی ذیل به مشاهده میرسد.

Deabetus insipidus - b   Diabetus maletus - a

uremia - c   d - در وقت ازبین رفتن اذیما وبعضی امراض گرده ها

کثافت مخصوصه ادرار : - درحالت نارمل یوریا و Nacl زیاد ترمسؤلیت کثافت مخصوصه ادرار رابه عــــهده دارد . درمــــوجودیت Diabetusmaletus مقدارزیاد گلوکوز در ادرار اطراح میگردد .کثافت مخصوصه ادرار به اندازه وقسم مواد غذایی ونوشیدن آب ارتباط دارد .کثافت مخصوصه نارمل ادرار 1.015 تا 1.025 میباشد (2-4).

PH ادرار : - درحالت نارمل PH ادرار در بین 8-4.3 فرق می نماید اگرPH ادرار از 8 زیاد گردد تقریبا همیشه دلالت به uti می نماید که ارتباط به ساختن امونیا ازیوریا داشته که این تبدلی توسط مکروب هاصورت میگرد . در بعضی امراض اطراح ایون H توسط توبول ها کم میگردد اگربعد از خوردن آمونیم کلوراید PH ادرار از 5.3 کم نگردد دلالت به Renaltubular acidosis می نماید .

پروتین‌یوریا Protien Uria (2)

اگردرمعاینات روتین ادرار پروتین تثبیت گردد مرض تلقی میگردد . یك مقدارکم پروتین ادرار درعدم کفایه قلبی ، امراض مزمن کلیوی ، تب دیده میشود. اگراطراح پروتین در ادرار از 3 گرام در روز زیاد گردد همیشه

فصل دوهم

اعراض عمده مریضان مصاب امراض تنفسی

۱ - **سرفه Cough** : - عبارت ازعکس العمل مدافعوی عضویت است که جهت پاك ساختن شزن (Trachea) وقصبات از افرازات وخارج نمودن اجسام اجنبی بکار میرود.

میکانیزم تولید سرفه : سرفه میتواند بصورت ارادی وغیر ارادی بوجود می اید که از اثر تنبیه وتخریش اخذه های سرفه (Cough Receptors) که در غشای مخاطی تنفس ازبلعوم الی قصبات موجود است بوجود می اید.

تنبهات ازطریق اخذه های سرفه به شعبات حسی عصب

Trigeminal -عصب Glossopharynyeal وعصب حنجروی علوی به عصب Vagus رسیده وازطریق آنها به مرکز سرفه که دربصله قرار دارد میرسد . ازانجاسیاله توسط اعصاب حرکی مانند عصب راجع که وظیفه بسته نمودن Glute را بعهده دارد رسیده سرفه تولید میگردد قسمی که درشروع شهیق عمیق صورت گرفته بعداً gluteبسته شده و

به آفت گلیوی دلالت می نماید. پـــروتـــین یـــوریای کتلوی درNephrotic syndronm موجود بوده که مقادر زیادآن البومین میباشد .وپروتین های که دارای وزن مالیکول های کلان باشد کم اطراح میگردد در پروتین یوریا Selective پروتین های که دارای مالیکول های کلان باشد اطراح نمیگردد در Non Selective Protion uria پروتین های که دارای مالیکول های کلان میباشد به اندازه زیاد اطراح میگردد که درجه Selection (انتخاب) آن ارتباط به اندازه تخریب گلومیرول دارد . (4)

Postural (Ortho static) Protinuria

دراطفال ، بالغین وبعضی وقت درکاهل ها بدون کدام مریضی کلیوی در ادرار پروتین اطراح شده میتواند . ادراریکه ازطرف شب ساخته میشود دارای پروتین نیست ودر ادرارصبحگانه پروتین موجود نمیباشد لیکن درطول روز ویابعد از فعالیت فزیکی در ادرار پروتـــین ظاهرمیگردد که بنام Postural پروتین یوریا یاد میگردد (4)

Heamturia : - Hematuria همیشه دلالت به امراض وخیم سیستم بولی می نماید وباید سبب آن جستجوگردد. اگراندازه -Heamotu riaکم باشد توسط چشم مشاهده نگردیده واگر زیاد باشد رنگ ادرار سرخ روشن یا سرخ نصواری میباشد. رنگ نصواری سرخ ادرار ارتباط به Acid Heamaitn داشته که ازتخریب Hb بمیان می آید .

کرویات سرخ در ادرار : -کرویات سرخ در ادرار در حالات ذیل دیده میشود.

Actue glom erolonephritis ، انتانی اندو کارد ایتس ، فرط فشار خبیث ، S.L.E , Polyarteritisnodosa ، TB کلیوی ، کیست های کلیوی امراض نذفی، احتشاکلیوی،ترضیض کلیوی ، التهابات کلیوی وتمورها ، هایپرپلازما پروستات یاکانسروسنگ های طرق بولی (2)

درMembranous یا Minimal lesion کرویات سرخ درادرار بسیارکم ویاهیچ موجود نمیباشد. اگردرشروع ادرارخون موجود باشد ودیگرادرار پاك باشد وتیره مرضی ازمثانه پائین میباشد اگر خون درتمام ادرار مخلوط باشد وتیره مرض درمثانه و یا ازآن به بالا میباشد. اگر Htemuturia با Colic Renal توام باشد دلالت به آفت کلیه یا حالب می نماید.

Puscells and Bacteria : - درالتهاب طرق بولی حجرات قیحی دیده شده میتواند اگر utiموجـــود باشــد باید ادرار همیشه به شکل Microscopic معاینه ونیزکلچر گردد وکوشش شود که ادرارتوسط کتیتر اخذ نگردد دروقت اخذ نمونه ادرار باید قسمت متوسط جریان ادرار گرفته ودرظرف دوساعت کلچرگردد. (2)

موجودیت کاست ها Casts در ادرار: -کاست ها عبارت ازساختمان های استوانوی بوده که در توبول های کلیوی توسط Coagolation پروتین ها ساخته میشوند وتحت میکروسکوپ بملاحظه میرسد درکاست ها

حجرات RBC اپیتل WBC داخل شده میتواند که بنام RBC cast epithalial cast و WBC cast یاد میگردد .

RBC cast و Epithilialcast در گلو میرویو نفرایتس حاد و WBC در Pyelone phritis بــــه مشـــــاهـــــده میــــرســــد. در Granular cast حجرات داخل شده Degenerationمی نماید وکاست های Epitihilial و Grunlar در التهابات توبول ها و Degeneration دیده میشود .

Hyalincast ازتحشرپروتین هـــــادرتوبـــــول هـــــا بمیان آمده وعناصرحجروی درآن دیــــده نمیشود ودرگلومیــــرولــــونفیــــراتس مــزمن (Chronic glamerolonephritis) دیده میشود .

Broad cast : این کاست را بنام کاست عدم کفایه کلیه نیز یـاد می نماید این کاست بصورت وصفی در امراض پیش رفته کلیوی بمشاهده میرسد .این کاست سبب توقف ادرار در توبول های کلیوی برای یك مدت میگردد. ضخامه وتوسع توبول های کلیوی را بوجود می آورد . (6-4)

معاینه کیمیاوی خون : - ماوف شدن پیش رفته کلیوی سبب تشوش مایعات وجود گردیده ومحصولات متابولیزم که درحالت نارمل در ادرار اطراح میگردد درخون جمع میگردد به مثل urea، Creatinin ، فاسفیت وسلفیت همچنان تعین الکترولایت سیروم ، پروتین و PH اهمیت خاص‌دارند (4) .

Renal Clearance

وظایف گلومیرول توسط کلیرانس کلیوی بخوبی معلوم میگردد که توسط فورمول $C = \frac{u \times v}{p}$ ارائه میگردد که C= clearance و P. u عبارت ازغلظت ماده داده شده در پلازما و ادرار است و V عبارت ازحجم ادرارفی دقیقه میباشد.

برای کلیرانس کلیوی ماده‌ء به مریض داده میشود که ازگلیومیرول ها فلتر و ازطرف توبول ها جذب دوباره نشده و نیزازطرف توبول ها افرازنگردد. مقدارماده که توسط گلیومیرول ها اطراح (u.v) میگردد نماینده گی از اندازه GFR را می نماید.

Poly Saccharide و inulin به ترتیب فوق اطراح وبرای GFR (glumerular Filtration Rate) ازآن استفاده میگردد که 120ml/min میباشد .

همچنان درکلینك ازکلیرانس Creatinin که تقریباء مشابه inulin میباشد استفاده میشود که درین طریقه ادرار ۲٤ ساغته راجمع آوری نمود، ودرآن اندازه کریاتین Creatininتعیین ودر ۲٤ساعت آخراندازه Crea-tinin درخون نیز تعین میگردد . (4)

معاینات رادیولوژیك

Plain Radio graphy :-در رادیوگرافی ساده بطنی سنگ Radio opaque ودیگرنقاط تکلسی (Calcifie) دیده شده میتواند مثلاً Nephro Calcinosis اگرسنگ ها از یك سانتی متر کوچکتر باشد شده میتواند که توسط امعاء یا استخوان ها پنهان گردیده و تشخیص نشوند. هم چنان توسط این معاینه حجم گرده ها معلوم شده میتواند .

Excra tion Urography :-این معاینه توسط زرق مرکبات عضوی ایودار اجرا گردیده که ۱بر۳ این مواد در ساعت اول از گلومیرول فلترمیشود . بعد از زرق به وقفه های مختلف وقت فلم ها اخذ میگردد . زمانیکه این مواد به توبول ها میرسد درگرده کثافت رادیوگرافیك ظاهرمیگردد که بنام Nephrogram یاد میگردد .

درکاهل ها گرده از 14-11 سانتی مترطول داشته وسرحد آن لشم میباشد. درنفروگرام Pyelonephritis واضح و Abnormality کلیس ها دیده میشود هم چـنان کتـلات مـوضعی ، تمـورها وبعضی وقت Fetal lubo lation دیده میشود .

در امراض منتشر کلیوی نفروگرام از سبب تنقیص وظایف کلیوی خفیف وکلیه ها خورد معلوم میگردد .

در تضیق شریان کلیوی طرف ماوفه مکدرمعلوم نمیشو د درحالت نارمل درچند دقیقه مواد کثیفه در Calyse ها ، Pelvis وحالب ظاهر گردیده

ودر20 دقیقه اول بصورت واضح ابنارملتی اناتومیك سیستم بولی معلوم میگردد .

معمولاً هرکلیه (3-4) کلیس های خورد داشته کـــه خیـــال معقر (Cup lineخیال بمثل پیاله) رامیدهد .

درکلیس های Clubbed اطراح مواد بصورت آهسته که در انسداد مزمن بمشاهده میرسد میباشد. اگرانسداد شدید باشد ، Pelvisوسیع ، قشرکلیـه نازك ومکدریت کلیس ها مـوجود نمیباشد (Negative Nephrogram) .

همچنان ابنارملتی کلیس ها به TB کلیه Atrophic pyelonephritis، وپپلری نکروزس (Papi liarynecrosis) دلالت می نماید. در TB کلیوی کهف Cavity وCalcification عمومیت دارد (6-9)

اجتماع مواد کشفیه در Pyramid بدون موجودیت سوء شکل کلیس ها دلالت به Medullary Spongy kedney می نماید .

درامراض Polycystic کلیوی هردوکلیه کلان وکلیس های آن برجسته وبه شکل جال عنکبوت معلوم میگردد . (2)

Pyelography یا Retro grade urography

این معاینه در تشخیص اسباب احتباس و امراض حالب اهمیت دارد .

دروقت Cystos copyمجرای حالب مواد کشفیه تزریق گردیده ونیزشده میتواند که درقسمت سفلی حالب یك کیتر داخل شده و مواد کشفیه متعاقباً زرق گردد ، بعضی وقت اگرRetrograde urogra phy امکان

نداشته ویا انسداد در قسمت عـــلـــوی ـــحالب باشد درین صورت Percutaneous (Antegrad) Pyelography اجرا میگردد .

Micturating cystogram : - این معاینه دراطفال برای تشخیص انتانات استعمال میگردد لیکن ازسبب خطر شعاع به gonads تنهادر اطفال اجرا میگردد که ابنارملتی urogrophic داشته ویا عمرشان از ۳ سال کم باشد. همچنان ابنارملتی قسمت خروجی مسانه توسط این معاینه واضح میگردد .

Renal arterio Graphy : - این معاینه استعمال کم داشته وبرای تشخیص Renal artery stenosis (تضیق شریان کلیوی) ، micro aneurysm های داخل کلیوی وبعضی آفات دیگر اهمیت زیاد دارد . (2)

Ultra sonography : -این معاینه یك معاینه متمم بوده ودر باره حجم کلیه معلومات کافی میدهد هم چنان درباره تشخیص تفریقی تمورهای جامد، کیست ها وHydronephrosis معلومات فراوان ارائه می نماید. توسط این معاینه امراض Poly cystic کلیوی به آسانی تشخیص شده میتواند . (6)

Cumputed Tomo grophy : -این معاینه برای تشخیص کتلات انساج خلف پریتوان وگرده ها اهمیت زیادی دارد علاوه براین انتشارتمورهای مسانه و پروستات را خوبتر توضیح میدارد

(2-6) - : Radionuclide Study

مواد Radoactive که ازطریق زرقی تطبیق میگردد درکلیه ها متمرکز و اطراح شده وتوسط کمره های مخصوص تثبیت میگردد . درین طریقه جریان خون کلیوی ،حجم کلیه ، شکل کلیه ، موقعیت و وظیفه آن تمور و Absces تشخیص شده میتواند (2-6)

بیوپسی Biopsy گرده ها

توسط بیوپسی گرده بسیار امراض تشخیص مـــیگردد مخصوصاً glomero lonehritis مطالعه انساج توسط مکروسکوپ عادی والکترونی اجراگردیده وتوسط مکروسکوپ Immuno Flures ense معاینه Immuno glabolines Camplement و Fibrinصورت میگرد .

باید ذکر گردد که بیوپسی گرده در پروتین یوریای که تشخیص نشده باشد اهمیت تشخیصیه دارد .

ازطرف دیگردرموجودیت عدم کفایه گرده اگرگرده کلان نشده ومریضی آن نیز تشخیص نشده باشد در تشخیص آن اهمیت زیاد دارد . همچنان در بسیاری دیگرامراض مقام تشخیصیه ارزنده دارد . این معاینه اگر ازطرف داکتر تجربه کار اجرا گردد عملیه مصئون میباشد بیوپسی گرده در مریضان که دوکلیه داشته وتشوشات نذفی موجود نباشد اجرا گردد واگرهایپرتنشن موجود باشد باید پیش از بیوپسی کنترول گردد

فصـــــــل هشتم

شکایات مهم ومعاینات فزیکی مریضان خون

اعراض وعلایم درمریضان خون به اشیای ذیل ارتباط دارند

۱ - Anemia : عبارت ازکمبود Hb یا RBC ویاکمبود هـــــردو(Hb و RBC).میباشد (2)

Polycy themia : عبارت از ازدیاد حجرات سرخ با ازدیاد Hb میباشد.

۲ -Leulkecytosis وتشوشات وظیفوی کرویات سفید .

۳ - عدم کفایه Heamostasis

درباره مریضان خون باید بدقت تاریخچه سابقه، فامیل و ادویه اخذ گردیده که زیاد تر امراض خون ارثی و از اخذ دوا ها بوجود می آید .

میدانیم که در کم خونی ها قدرت انتقال O2 کرویات سرخ به انساج تنقیص یافته واعراض وعلایم که پیدا میگردد ارتباط به درجه انیمیا ووخامت آن ونیز به میان آمدن تدریجی و انی آن میباشد (2) .

اعراض که مریضان خون از آن شاکی میباشد قرازذیل اند.

۱ - مریضان ازضعفیت عمومی ، کسالت ،عسرت تنفس جهد ی Dizzenes، کمبود دید چشم ، سردردی ، Palpitation و Insomnia

شاکی میباشد . همچنان دلبدی ، عسرت تنفس Ting lintg انگشتان و Parasthesiaودراشخاص پیراز Anoxiemiaقلبی دردهای Angina موجود ودر انمیا وخیم اعراض وعلایم عدم کفایه احتقان قلب بوجود آمده میتواند (2)

بعضی مریضان ازسردردی زیاد ، دردهای عظام (دردهای عظم قص) خارشت حادثات نذفی شاکی میباشد . بطورخلاصه گفته میتوانیم که لوحه مهم مریضان Anemia عبارت از Anoroxia، Dysphagia اسهال ، Dyspepsia، اتروفی ناخن ها Parasthesia , وزردی متوسط میباشد . (2) اعراض عمومی مریضان امراض خون قرارذیل بیان میگردد (9-6-4)

a- Fever = تب ازسبب مرض خون ویاعلاوه شدن انتان بصورت ثانوی بوجود می آید مثلا در لوکیمیا ولمفوما مریضان تب داشته وهم درمرض هوچکن چند روز تب موجودبوده وبعداً برای چند روزتب موجود نمیباشد که بنام Pell Ebstain Fever یاد میگردد که درین مرض تب بصورت متناوب تکرارمیگردد . درمریضان Hemolytic اینمیا تب با لرزه توام میباشد .

b - ضعیفی : مریضان اینمیك ازضعیفی وکسالت شکایت داشته که درحین معاینه فزیکی اشکارمیگردد . مریضان فقدان Vif B12 و اینمیای خبیث (Pern icious Anemia) ازسستی وضعیفی اطراف سفلی مترافق با کرختی Tingling p arasthesiaانگشت ها شکایت دارند .

سبب بلند رفتن فشار داخل صدر وطرق هوای میگردد . تفاوت بین فشاراتموسفیر وفشار داخل طرق تنفسی glute را به شدث باز می نماید . این تفاوت فشار جریان هوا را درداخل ششزن سبب شده که دارای شدت زیاد بوده مخاط واجسام اجنبی را که درداخل ششزن وقصبات موجود اند باتولید صدای مخصوص سرفه خارج می نمایند (۳)

اسباب سرفه E tiology of cough (4,3):

سرفه از سبب تنبیه اخذه های مخصوص که از ششزن الی قصبات کوچك قراردارند بوجود می آیند ،ندرتاً از سبب تنبهات که از پلورایی جداری منشه میگرد نیز بوجود می آید مثلاً در Dry Pleurisy (التهاب خشك پلورا) ویا هنگام بذل پلورا pleuraltap (کشیدن مایع از جوف پلورا توسط سوزن).

تنبهات که تخریش غشای مخاطی طرق تنفسی راسبب میشود وسرفه رابوجود می آورد قرارذیل میباشد:

۱- تنبهات التهابی : inflamatory Stemoli :

التهاب طرق تنفسی سبب تولید اذیما ، احتقان ، و Exudate .

(مایع حاوی مقدارزیاد پروتین ،مکروارگنیزم و Leukocyte میباشند)

درطرق تنفسی میگردد ،سرفه را تولید میکند . این التهابات میتواند منشه طرق هوایی داشته باشد مثلاً التهاب حنجره (Laryngitis)

c - **باختن وزن** : - درمریضان لمفوما ولوکیمیا ضیاع وزن موجود بوده . در انتانات مزمن مثلاً TB وامراض سرطانی که باکم خونی توام اند مریضان وزن میبازند .

اعراض خصوصی در مریضان خون (9-6) قرارذیل اند (6)

a - **اعراض سیستم عصبی** : سردردی یك شکایت مهم ومعمول درکم خونی و Polycythemiaمیباشد هم چنان در لوکیمیا ولمفوما نیزسردردی دیده میشود. ازطرف دیگرخون ریزی های دماغی بیشتر از سبب Thrombocytopenia باسردردی های شدید و انی مترافق میباشد. علاوتاً خون ریزی های دماغی با تشوش شعور توام میباشد.

b - **چشم** : - در thrombocytopenia خونریزی شبکوی دیده شده که به کوری انی منجرمیشود . مـــریضـــان مصاب انیـــمیا و Polycy themiaازتشوشات رویت شاکی بوده واگرامراض خبیثه ازواج قحفی را مصاب نماید سبب Diplopia وتشوش رویت را بوجود میاورند.

c - **گوش ها** : - درمریضان دموی سرگنگسی ، سرچرخی وکم شدن شنوایی دیده میشود .

d - **بینی ودهن** : - Epistaxis یك عرض عمده ومعمولی در مریضان خون میباشد در مریضان Pernicious Anemia که ازفقدان Vit B12 بوجود می آید ودرکم خونی آهن سوزش زبان موجود میباشد . درلوکیمیا خون ریزی در بیره ها دیده میشود.

صدرChest : - مریضان کم خـــون ازعســـرت تنفس و Palpitation

شاکی میباشد و در اینمیای پیش رفته عدم کفایه احتقان قلب بوجود آمده و اذیما در پای دیده میشود در مریضان پیر از سبب anoxiemia قلبی درد ها Anginaبمیان می آید ازسبب ضخامه عقدات لمفاوی منصف طرق تنفسی تحت فشارگرفته شده سبب عسرت تنفس وسرفه خشك صدا دارمیگردد . درمریضان لوکیمیا از ماوف شدن عظام درد های اضلاع وعظم قص بوجود می آید .

f - سیستم هضمی : - در مریضان کم خونی fe عسرت بلع بمیان آمده که بنام Plumer vension سندورم یاد میگردد که این سندورم مشتمل به Fe-deffeciancyanemia و glositis , Dysphagia میباشد .

- بي اشتهای ، سنگینی بطن درمریضان احتمالاً ازیاعث ضخامه طحال خواهد بود ودر مریضان انیمای خبیث اسهال دیده میشود . عمده ترین اعراض سیستم هضمی در مریضان خون عبارت از Hematemesis و Melana میباشد که در لوکیمیا ،Thrombocy topenia و دیگر تشوشات خون بملاحظه میرسد .

g - **سیستم بولی وتناسلی : Hematuria** :- در بسیاری امراض خون بمیان آمده میتواند. در زن ها amenorheaکه بعضاً درمریضان خون شدیدا سیرداشته دیده میشود .

h - نهایات : Hemoarthrosis درمریضان تشوشات نذفی دیده شده که درمفصل التهاب بااجتماع خون موجود میباشد .

I - جلد: در فقدان انیمیای آهن ازناخن های شکنند و خشك بودن جلد مریضان شاکی میباشد درمریضان polycy themia خارش جلد موجود بوده و درمرض هوچکن مریضان ازخارش شدید جلد شاکی میباشد .

معاینات فزیکی

ازنظرمعاینات فزیکی باید Lympho Reticulo Endothili al سیستم (طحال ، جگر، و عقدات لمفاوی)بدقت معاینه گردیده ونیزجلد وغشای مخاطی وناخن ها بصورت دقیق معاینه ودر باره انیمیا ، انتانات ، حادثات نذفی معلومات کافی حاصل گردد . هم چنان معاینه مکمل فزیکی در باره دیگر امراض صورت گرفته زیرا که این امراض سبب تشوشات خون شده میتواند . (2-1) غشای مخاطی جلد و Congectiva خاسف وناخن ها سرخی نورمال خود را از دست میدهد. اگرمقدار Hb از 7gm در 100ml لیترخون کم گردد بستر ناخن ها وکف دست ها رنگ گلابی خود را از دست داده و سفید رنگ غشای مخاطی دهن ومنضمه نظر به تغییررنگ جلد در تشخیص انیمیا اهمیت زیاد دارد .

پاپیل های زبان ازبین رفته زبان سرخ ولشم بوده ودرکنار های لب Craking (angular cheilosis) بملاحظه میرسد(2)

درمعاینه قلبی امراض خون tachy cardia، سستولیك فشار بلند Pulse pressure وسیع ونفخه سستولیك وظیفوی موجود میباشد .

دربعضی مریضان ناخن ها سفید جلا دار، شکنند وبه مثل قاشق میباشد (انیمیای فقدان آهن) .

درمعاینه اطراف سفلی درشکل پیش رفته انیمیا اذیما در Ankel موجود و روی بعضی مریضان سرخ وسیانوتیک میباشد.

درمعاینه فزیکی امراض خون باید عقدات لمفاوی، طحال،جلد وجگربدقت معاینه گردیده وعلایم فزیکی یاد داشت گردد که بصورت ذیل میباشد.

۱- معاینه عقدات لمفاوی : برای تشخیص امراض خون باید عقدات لمفاوی نواحی Occipital ،Submandibular، رقبی، فوق الترقوی، ابطی (axilary)، Epitrochlair ،Par aortic، مقبنی (Femoral) و Poplitial معاینه گردد اگرعقدات لمفاوی کلان حبس گردد باید نقاط ذیل درنظر گرفته شوند . (2-1) .

۱- تعداد عقدات لمفاوی .

۲- قطرعقدات لمفاوی به سانتی مترچند است .

۳ - قوام عقدات لمفاوی.

٤ - عقدات لمفاوی یکی بدیگروصل اند ویاجدا اند .

۵ - عقدات لمفاوی متحرك ویا Fixed اند .

٦ - Size عقدات لمفاوی چقدراست .

۷ - معلومات در باره موجودیت Sinusبالای عقدات لمفاوی و وضعیت جلد بالای عقدات لمفاوی .

۲ - معاینه طحال وجگر : درامراض خون طحال وجگربصورت متبارز کلان میشود که باید جگر وطحال حبس گردد که میتود حبس آنها

درمعاینه فزیکی بطن مفصلاً ذکرگردیده است .

۳ - **معاینه جلد** : درامراض خون جلد متقرح شده منتن و انذفه مختلف درآن بوجود آمده میتواند که در جلد نذف قرارذیل اند (2)

a - Purpura and Pitichial : - عبارت ازنذف خورد به شکل سرسنجاق بوده که توسط دادن فشار به سلاید ازبین نمیرود .

b - Echyomsis : - این قسم نذف از نذف Pitichial بزرگ وبرجسته میباشد .

c - Bruises : - این نوع نذف نظر به دوشکل فوق برجسته تر ووسیع میباشد .

Talangectasis : - عبارت از توسع اوعیه خورد درجلد میباشد که مخصوصاً در لب ها دیده میشود .Talangectasis توسط فشار ازبین رفته وبعد از برطرف نمودن فشاردوباره پیدا میشود .بعضی وقت سبب ومنبع نذف وسیع درسیستم هضمی، بینی، مثانه (اگربه افت مصاب گردند) میباشد.

باید ذکرگردد که Infillration جلد دربعضی امراض خبیثه خون (مرض هوچکن) بمیان می آید .

منظره کرویات سرخ در Smear خــــون (Blood Smear)

برای مطالعه مورفولوژی کرویات سرخ باید سلاید خون بدقت ساخته وتلوین گردد ونقاط آتی درحین معاینه سلاید یاد داشت گردد (2)

۱-Size and shape : - قطرکرویات نارمل سرخ که تحت مکروسکوپ درسلاید اندازگـــردیـــده است از 6.7-7.7 مایکرون (قطرمتوسط 7.2 مایکرون) تغیرمی نماید. کرویات سرخ اکثرا مدور ولی تعداد کم آن شکل بیضوی را نیز دارد . در حالت نارمل تغییرات کم درقطر RBC رخ میدهد، اگر این تغییرات درقطر RBC زیاد باشد بنام Anisocytosis یاد میگردد (2) .

که دراشکال مختلف انیمیا Fibrosis و Infiltration مخ عظم دیده میشود .

Microcytosis :- درین حالت قطر RBC ازحالت نارمل کم میباشد و در فقدان انیمیای آهن ویك تعداد دیگرانیمیا ها دیده میشود .

Macrocytosis : - عبارت ازحجرات RBC اند که قطر آن از حد نارمل زیاد باشد این قسم حجرات درانیمیا تنقیص Vit B12 وفولك اسید دیده میشود .

Shape : - عبارت ازتغییر شکل حجرات RBC بوده به این معنی که یك تعداد RBC شکل بیضوی داشته ، تعداد دیگرآن شکل ناك

Tearshapeو بعضی دیگرآن داس مانند Sickle cell میباشد .برای مورفولوژی RBC شیمای ذیل را مطالعه نماید .

(2-9) Size and Shape

A:Size Microcytic<7.2> Macrocytic

1- Fedef eciancy Anemia 1- vit B12 deffechancianemia

2- Sidreo blastic anemia2- Flice acid diffeciancy anemia

3- Thalasemia

B- Shape (Irondeffeciancy Anemia)

Pencill shape (Vit B12 deffciuncy anemia)

Burr cell (uremia, Carcinoma)

Sickle cell (Sickle cellanemia) Hemoglu bino pathy

Stomato cyto sis (Stamach carcinoma)

Target cell (Liver and spleen diseass)

تلـــوین : – توسط تلوین RBC نارمل رنگ سرخ را بخود اخذ نموده که در قسمت های محیط این رنگ سرخ زیاد وهرقدر که به مرکز حجره نزدیك شویم این رنگ کم میگردد وبالاخره مرکزحجره پوره کم رنگ میگردد . که این کمبود رنگ قسمت مرکزی حجره ۱بر۳ قسمت داخل آنرا تشکیل میدهد . که کرویات سرخی که ازنظر رنگ اوصاف فوق را داشته باشد بنام Normo chromic یاد میگردد که درحقیقت مقدار

HB آن نورمال میباشد (2) .

Hypochromia :- عبارت از اصطلاحی است که رنگ RBC نظر به نارمل کم میباشد اگر این کمبود رنگ منحصر به قسمت داخلی حجره باشد بنام Hypochromia خفیف یاد شده و اگر سرخی به شکل حلقه در قسمت محیط حجره موجود باشد بنام Hypochromia پیش رفته یاد میگردد که این حالت برای کمبود انیمیا آهن وصفی میباشد زیراکه درین انیمیا همیشه مقدار Hb ازحد نارمل کم میباشد . همچنان این حالت در Sideroblastic انیمیا و Thalasemia نیزدیده میشود .

RBC هسته دارعبارت ازآن شکل حجرات اند که توسط تلوین عادی رنگ سبز خفیف را بخود اخذ نموده و توسط تلوین Leishmans در وسط حجره نقاط خورد Basophilic (Basophilic Stipling) که بقایای کرومتین هسته میباشد دیده میشود این حجرات ازنظر کلینکی بنام Riticalocytes یاد میگردد ، درحالت نورمال در دوران عمومی O.2 تا 2% میباشد که مقدار زیاد آن ازین اندازه به Hemolyse فعال دلالت می نماید. (2)

سرعت ترسب کرویات سرخ

Erythrocyte Sedementation rate (ESR)

ESR عبارت ازسرعت ترسب کرویات سرخ در پلازما میباشد این تست نسبت به تغییرات RBC ازسبب تغییرات پلازمامتاثر میگردد .

در طریقه Wintrobe عدد نارمل درساعت اول درمردها تا ٥ ملی متر و در زن ها تا ١٥ملی مترتعیین شده است . ازدیاد زیاد ESR در تمام انتانات وحالات کانسری دیده میشود . و باید یاد آور گردد که ESR نارمل هیچ وقت این معنی را نمیدهد که انتان (TB) غیرفعال میباشد . وبعضی وقت دیده میشود که ESR نارمل ولی انتان فعال میباشد. (2)

حالاتیکه در آن ESR بلند میگردد

١ - امراض التهابی حاد ومزمن

٢ -Anemia

3 - واقعات کانسری

٤ - حاملگی

٥ - D.L.E

حالاتیکه درآن ESR کم میگردد

١ - C.C.F

٢ - Polycythemia

کرویات سفید خون White blood cell (WBC)

کرویات سفید خون ازنظر داشتن گرانول ها در سایتوپلازم خویش بدوگروپ عمده تقسیم گردیده است . (2-9)

١ - کرویات سفید که دارای granules باشد

٢ - کرویات سفید که دارای granule نباشد

grannlar Leucocyt ازنظر شکل هسته بدونوع میباشد

a - پولی مورف نوکلیرلوکوسیت: که هستهء آن دارای گرانول های متعدد بوده وقسمت زیادی حجرات WBC را تشکیل میدهد .

این قسم حجرات ازنظر رنگ گرانول های سایتوپلازم به سه نوع تقسیم شده اند .

۱- Neutrophill ۲ - Basophill ۳- Esonophill

b - شکل دوهم کرویات سفید عبارت از Monenucleated لوکوسیت میباشد که دارای یك هسته واحد میباشد.

۲ - Nongranular leucocytc : - این حجرات نیزبدونوع میباشد.

a - لمفوسیت های کلان که دارای گرانول نبوده و تعداد زیاد این نوع حجرات را تشکیل میدهد.

b - Plasmacell : - که نادراً در دوران محیطی خون بالای سلاید دیده میشود .

صفحات دمویه Plateletes = Thrombocytes

صفحات دمویه دارای شکل مدور یا بیضوی و یا Bicancave discمیباشد که قطرآن 2,5 مایکرون بوده لیکن قطرصفحات دمویه کلان 4-5 مایکرون و دارای هسته نمیباشد.

،التهاب شزن (Trach itis) التهاب قصبات (Bronchitis) ویامنشه سنخی داشته مانند Pneumonia (سینه بغل)، ابسی ریوی (lung Absces)وغیره .

۲ - **تنبهات میخانیکی**)(Mechanical Stemulies): این تنبهات بصورت میخانیکی ازطریق داخل ویاخارج طرق تنفسی سبب تنبیه عکسه سرفه گردیده ودرنتیجه سرفه بوجود می آید. تنبهات داخلی از سبب انشاق گرد وخاك ، کانسرقصبات ،واجسام اجنبی میباشد. تنبهات خارجی که ازخارج بالای قصبات فشار آورده سبب تولید سرفه گردد عبارت انداز تومورها, انیوریزم ابهر، نیوپلازم ریوی وغیره میباشند.

۳ - **تبهات کیمیاوی** Chemical stemulies : - مانند انشاق گازات مخرش وغیره .

٤ - **تنبهات حرارتی** Thermal stemalies : مثلاً موجه شدن به هوای سرد ویاگرم .

انواع سرفه : Kinds of cough

۱ - سرفه که از سبب تجمع افرازات درخلف بلعوم ،داخل حنجره وشزن بوجودمي ايد اسباب این قسم سرفه از Pharyngitis(التهاب بلعوم) ، Sinositis(التهاب جیوب ها)و Rhinitis(التهاب انف)بوجود می آید.

این قسم سرفه عموماً بصورت دایمی بوده وبعضاً اشتیدادی میباشد .

۲ - سرفه های که ازحنجره منشه گرفته وصف خشن داشته ودردناك

تعداد مجموعی نارمل WBC و اشکال مختلف آن

تعداد مجموعی WBC از 4000 تا10000دریك ملی مترمکعب خون تغییر نموده وتعداد نارمل متوسط آن 8000 دریك ملی مترمکعب خون میباشد .

اگرتعداد مجموعی WBC ازحد اعظمی زیـــاد گـردد بنـنام leuko-cytosis و اگرتعداد مجموعی WBC ازحد اصغری کم گردد بنامleukopenia یاد میگردد .

جدول ذیل اندازه مجموعی WBC و اشکال مختلف آن را نشان میدهد . (4-3) .

Cell حجرات .	اندازه متوسط درخون	approximatly normal range Percubic milililttar	Percentate of Total white cells
Total WBC	8000		50-70
Granolocytes	5400	3000-6000	60-70
Neutrophile	-	2000-7500	1-4
Esonophile	275-	150-350	0-4
Basophile	35-	0-100	20-40
Lymphocytes	2700-	1500-4000	2-8
Monocytes	540-	300-600	
Erythrocytes	4.8×10^6 Female 5.4×10^6 male		
Plateletes	300000-	200000-500000	
Hb	13.5-18 g male 11.5-16g Female		

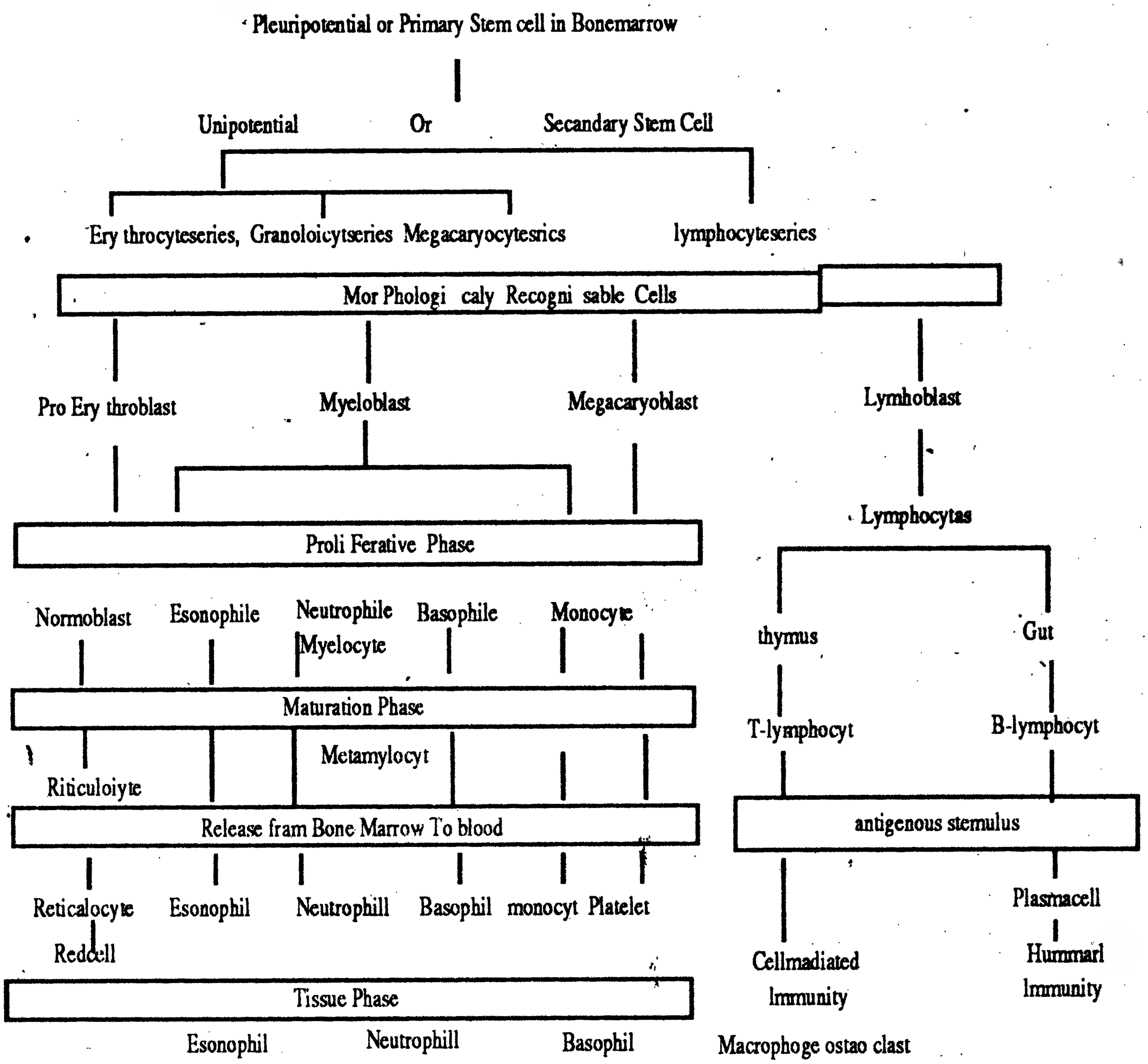
کرویات سفید یابصورت نسبی بلند میرود و یا اینکه تمام سلسله های آن بلند میرود که این ازدیاد WBC در تمام سلسله های آن درامراض مزمن نسبت

به امراض حاد بیشتر بملاحظه میرسد درامراض حاد ازدیاد WBC زیاد تر در سلسله نتروفیل بمشاهده میرسد.

اسباب عمده Neutrophllia

۱ - انتانات حاد ۲ - Intoxicaticn ۳ - خونریزی حاد ٤ - امراض غیر انتانی امراض شیراین اکلیلی مثلا احتشاقلب ٥-امراض خبیثه سیستم هضمی وکبد ٦- Hemolysis انی۷-لوکیمیا (mylocytic لوکیمیا).

ORIGEN AND DEVELOPNENT OF BLOOD CELLS (4.3)



Esonophillia : - اگرتعداد ایزونوفیل ازحد نارمل زیاد گردد بنام Esonophelia یاد میگردد اسباب عمده آن عبارت از اسباب الـــرژیك (استمای قصبي وغیره) امراض جلدی (Herpes) ، امراض پرازیتی ، به تعقیب تداوی شعاعی.

Basophillia : - اسباب عمده Basophillia عبارت از لوکیمیای P.veṽa, ch. mylocytic به تعقیب Splenectomy ، در بعضی اشکال Chronic Hemolytic Anemia بعضاً درمرض هوچکن و مرض چیچك میباشد .

دربعضی حالات تعداد آن کم میگردد مثلا در Hyperthyroidism، بعد از تـــد اوی شعـــاع و تـــداوی با antibiotic یا Chemotherapy

Lymphoictosis : - اگرتعداد لمفوسیت ها نظر به خد نارمل زیاد گردد بنام Lymphocytosis یاد میگردد اکثرا درامراض مزمن بمشاهده میرسد ، اما بعضاً درامراض حاد نیز بملاحظه میرسد .

اسباب عمده آن عبارت از انتانات حاد ، انتانات مزمن(TB وسیفلس) ، در دوره نقاهت امراض انتانی، در فـــرط فعالیت غـــده درقـــیه یا lymphocytic Leukemia میباشد .

Monocytosis : - اسباب عمده آن عبارت از انتانات باکتریای (تب محرقه) ، امراض پروتوزوائی (ملاریا) Monocyticleukemia میباشد .

Leukopenia

اسباب عمومی

١ - انتانات باکتریای (محرقه و Paratyphoid)

٢ - انتانات ویروسی (انفلوانزا، سرخکان ، Viral Hepatitis)

٣ - افات پروتوزوائی (ملاریا و Kalazar)

٤ - Tubercolosis (شکل miliary)

٥ - اسباب و آفات نامعلوم (سیروزکبد)

٦ - تشوشات Hemo poitic (اینمای خبیثه، Hemolytic انیمیا)

بیوپسی مخ عظم Bone marrow Biopsy

بیوپسی مخ عظم درتشخیص امراض خون اهمیت به سزای دارد . این بیوپسی توسط یك سوزن مخصوص Needle Aspiration ویا اله مخصوص Trephen (که عملیه آن بنام Trephanobiopsy یاد میگردد) ازعظم قص ویا C rista iliaca درکاهل ها اجرا میگردد . در اطفال جوان قسمت علوی Tebia برای اخذ بیوپسی جای محفوظ میباشد . در جوان ها Crista iliaca و Vertebralspine برای اخذ بیوپسی استعمال میگردد . اگرتوسط Needle biopsy کدام مواد خارج نگردد بنام DryTap یاد گردیدم باید توسط عملیه جراحی از Cristail-iac بیوپسی برای معاینات هستولوژیکی گرفته شود.

بیوپسی عظام بطورذیل در تشخیص امراض کمك می نمایند (2) .

١- بیوپسی مخ عظم در باره حجرات Hemopoitic وظرفیت تولید

آنها معلومات میدهد . ۲ - توسط این معاینه فعالیت وظیفوی مخ عظم توسط مطالعات Kinetic تعیین شده میتواند .

۳ - این معاینه درباره مورفـــولـــوژی حجرات Hemopoiic (نورمال وغیرنورمال)معلومات کافی میدهد .

٤ - این معـــاینه در بـــاره تشخص حجـــرات خارجی (Malignantmetastasis) درمخ عظم رول عمده را بازی می نماید .

۵- توسط این معاینه آهن ذخیروی مخ عظم معین میگردد .

٦ -مواد Needle biopsy مخ عظم در تشخیص بعضی انتانات پروتوزوای وباکتریای کومك می نماید .بطورمثال در لشمانیا حشوی -Kal azar Leishmniadonovan bodies ودرملاریا مزمن پرازیت ملاریه درسلاید مستقیم مخ عظم (Riticulum cell) معلوم میگردد .

۷ - پرازیت لشمانیا از مواد بدست آمده بیوپسی بصورت مستقیم ویاتوسط کلچر باسیل معلوم شده میتواند .

۹ - درمحرقه ازمواد بدست آمده بیوپسی باسیل محرقه نظر به خون محیطی به آسانی کلچرشده میتواند .

اندازه هیموگلوبین و اقسام آن

Hb عبارت از صباغ سرخ رنگ است که از Heam (صباغ سرخ رنگ) و Globin (یك پروتین) تشکیل یافته میباشد. توسط Hb اکسیجن به تمام حجرات وجود میرسد . در ترکیب Heam آهن شامل بوده وقسمت گلوبین (Glubin) دارای چار زنجیر Poly peptide بوده که دوزنجیر آن عبارت از زنجیر های (الفا) که از 141 امین اسیدها و دو زنجیر دیگرآن عبارت از β (Beta) بوده که از 146 امین اسید ها ساخته شده میباشد.

Hb نارمل عبارت ازHbA(Adult Hb) بوده ودر اطفال نوزاد HbF (Fetal Hb) دیده میشود که از Hb نارمل فرق دارد. به ترتیبکه عوض دو زنجیر Beta دارای دو زنجیر game (گاما) میباشد . HbF بعد از تولد درحالت نارمل بهHbA تبدیل میگردد HbA2 درتعداد کمی مردم (2-3%) بملاحظه رسیده که درین مردم به عوض دو زنجیر Beta دوزنجیر Delta موجود میباشد . (6-2) .

اندازه Hb درمرد ها 15.5+1g (14-16 گرام در 100 ملی لمتر خون)و در زن ها 13.7 + 1g (12-14g/100l) میباشد .

اشکال دیگرغیرنارمل Hb عبارت از HbC، HbD ، HbE، HbK ، HbJ ، HbP ، HbM وغیره میباشد که اکثر این Hb غیر

نورمال درامراض ولادی خون بملاحظه میرسد (6-2)

Hb به طریقه های مختلف تعیین میگردد که طریقه مهم آن طریقه Photometerمیباشد و انواع مختلف Hb توسط Electro Phoresis تعیین میگردد.

تعیین نمودن Heamatocrit (Packed cell Volume) : -

تعیین هیماتوکریت (HCT) توسط تیوب ها ی مخصوص سنترفیوز تعیین میگردد . قسمیکه خون در بین تیوب های مخصوص باریك ونازك قرار گرفته بعدا باسرعت زیاد سنترفویز میگردد که در ین صورت عناصر متشکله خون رسوب نموده وپلازما بالای آنها می ماند (1)

اندازه نورمال Hctدرمرد ها 45 ودر زنها 42 میباشد . باید ذکرگردد که نسبت Hb و Hct 1:3 میباشد یعنی اگر Hct را به 3 تقسیم نموده Hb بدست می آید ویا اینکه Hb را به 3 ضرب نموده Hct حاصل میگردد .

MCV (Mean Carpus cular vloume) توسط فورمول ذیل محاسبه میگردد

$$MCV= \frac{\text{Volume of Packed RBC in-1- ml Per 1000 ml of Blood}}{\text{RBC in million Percubicmm.}}$$

اندازه نورمال Mcv در بین 96-71 ملی متر مکعب مایکرون (cubicmicron) میباشد اگر MCv<78 میباشد انیـمیا از قسم Micro cytlc و اگر MCV>96 باشد انیمیا ازقسم Macrocytic

میباشد . (1)

توسط : (Mean Carpuscular Hemoglnbin)MCH فارمول ذیل محاسبه میگردد .

$$MCH = \frac{\text{Hb in gm Per 1000 ml of blood}}{\text{RBC in million Per c.mm}}$$

اندازه نورمال MCH در بین 27-32 micromic rogm مایکرو مایکروگرام میباشد (1) .

(Mean carposcular Hemoglubin con centraion) MCHC توسط فارمول ذیل محاسبه میگردد .

$$MCHC\% \; \frac{\textbf{Hbin gm per 100ml of blood}}{\text{PCV in Cmm Per 100 cmm blood}}$$

اندازه نورمال آن 32-38% میباشد . (1)

اگر MCHC از 32% کم باشد مریض دارای Hypochromic Anemia میباشد. (1)

معاینه سیستم عصبی : تشوشات عصبی نزد مریضان دموی از سبب ارتشناح حجرات ، انتانات وخون ریزی ها که CNS را مصاب میسازد باید معاینه گردد .

درخون ریزی های دماغی که از سبب Thrombocyto Penia بوجود می آید ممکن است که سبب Coma و Hemiplagia درنزد مریض گردد که باید معاینات مکمل عصبی برای تشخیص اجرا گردد که دربخش سیمولوژی عصبی ازآن بحث بعمل خواهد آمد .

فصـــل نهـــم

شکایات عمده مریضان سیستم اندوکرین

چاقی : - میدانم که چاقی شکایت عمده ومهم امراض اندوکراین بوده لیکن واقعات زیاد آن از تنقیص فعالیت فزیکی و ازدیاد خوراك بوجود می آید. چاقی کتلوی که بصورت انی شروع گردیده و کسالت (Lethergy) و Poly uria به آن تـــوام باشـــد دلالـت بـــه افت Hypothalamus می نماید . باید ذکر گردد که واقعات زیاد پیش رفته چاقی با تاخیر بلوغ توام میباشد . (2)

Cushing Syndrom با روی مدور، Buffalo hump، چاقی تنه (Trunk) و اطراف خورد توام میباشد . خطوط (Striae) در هرقسم چاقی دیده شده لیکن در سندروم کوشنگ این خطـــوط بسیار وسیع (زیاد از 10 ملی متر) ورنگ سبز تاریك (Violaceous) را دارد. Aminorrhea فرط فشار خون glucosuria ویا انبارملتی تست تحمل گلوکوز اکثرا با چاقی یکجا بوده و با تنقیص وزن اصلاح میگردد .تمورهای افراز کننده انسولین اکثراً با ازدیاد وزن توام بوده اما این تمور

بسیار نادر است . (2-6)

Wasting and Weakness (ذوب شدن وضعیفی)

آفات غیر اندوکرین مثل افات کانسری ، Depression، Anoroxianervosa ، Gastrointestenal (Malabsorption) وغیره سبب ضعیفی ولاغری شده میتواند که باید در نظر باشد .

Hypopitutirism ندرتاً مترافق با لاغری (Cachaxia) میباشد. ضیاع وزن مترقی در Diabetes maletas ، Thyro toxicosis ، Pheo chromocytoma ومریضی Addison بملاحظه میرسد.

درد عظام Bon pain و کسور پتالوژیك :- عظام درد ناك باکسوریتالوژیك درمرض Ricket,s و Osteomalicia موجود میباشد که درین مورد فقدان VitD وکمبود کلسیم وفاسفیت (Hypoparathyroidis و Malignancy غده مذکور) درنظر باشد . درد ناحیه ظهری باکسریتالوژیك درمرد ها مصاب Hypogonadism وخانم های مصاب Osteo porosis موجود میباشد . درد عظام از سبب تمور های متاستاتیك (Multiple myeloma ومرض Paget,s) ممکن بوجود آید که درین صورت xray و scan در تشخیص کمك کرده میتواند .(2)

Gyno comastia : - بزرگ شدن شدیه بصورت نارمل در بچه های که به سن بلوغ میرسد دریك ثدیه ویا هر دوثدیه بصورت نسبی بملاحظه میرسد. هم چنان درمردهای مسن نیز بزرگ شدن ثدیه ها طبیعی میباشد .

میباشد مثلاً درالتهاب حنجره درصورت که فلج حبول صوتی موجود باشد مخصوصاً درفلج عصب حنجروی راجع سرفه وصف خشن بودن خود را از دست داده ومریض حالت Stridor (خفه شدن تنفس)را بخود گرفته ودرمریض یك قسم سرفه که بنام Bovinecough یادمیگردد دیده میشود. این قسم سرفه درسیا سرفه ، در انسداد قسمی شزن وحنجره دیده میشود.

۳ - سرفه های که ازشزن منشه میگرد. این قسم سرفه در التهاب شزن بوجود می اید که در ابتداخشك ودردناك بوده بعداً درد تخفیف گردیده وبا افرازات توام میگردد . درصورتیکه شزن توسط یك تمور مسدود گردیده باشد سرفه دوامداربوده وخفه کننده میباشد ∴ مریضان درهنگام سرفه شدیداً سیانوتیك گردیده وحتی هنگام حملات اشتدادی سرفه بی هوش میگردد.

٤- سرفه های که از سبب تخریش غشای مخاطی قصبات تولید میگردد مثلاً سرفه های Bronchitis حاد وصف سرفه هایی التهاب شزن راداشته درمراحل ابتدایی خشك بوده بعداً بابلغم توام میگردد.

سرفه های Chronic bronchitis (برانشیت مزمن) تمایل به تولید حملات اشتدادی داشته بابلغم همراه میباشد.

بصورت عموم سرفه دونوع است سرفه خشك یا Non productive یابدون بلغم وسرفه توام بابلغم یاسرفه مرطوب یا productive میباشد.

سرفه های خشك وقتی ایجاد میشود که غشای مخاطی حنجره ،شزن

امراض غدوات داخلی که سبب بزرگ شدن تدیه میگردد عبارت است از Thyro toxicosis، تمور غده Adrenal دریك تعداد امراض دیگرمانند امراض کبدی واشخاصیکه با استروجن و اندوجن تدوای میشوند ثدید بزرگ شده که درحالت اخیرالذکر ثدیه درد ناك نیزمیباشد (6) علاوه ازحالات فوق الذکر درامراض خبیثه بمثل Broncho genic Carcinoma نیز Gynrcomastia بملاحظه میرسد. باید متذکرشد که یك مقدار دواها نیز سبب بزرگی ثدیه میگردد که عبارت ازSpironolacton، Cimitidin، Reserpin و Degoxin میباشد (6)

میخانکیت gynocomastia بدرستی معلوم نیست اما فکرمیشود که از سبب ازدیاد نسبت استروجن به اندروجن باشد .

Hirsutism : -روئیدن موی ها درخانم ها بنام Hirsutism یاد میشود .

Hirsutism بصورت فامیلی ، ارثی وبصورت جینتیك بدون موجودیت افات غدوات داخلی نیز بملاحظه میرسد . Hirsutism زیاد تر در زن ها عمومیت داشته لیکن بعضی وقت به حیث یك علامه مریضی شدید ینوپلاستیك ظاهرشده میتواند که بعد ازکشیدن تمورکاملا ارجاع نمیگردد (2).

Hirsutism وقتی اهمیت دارد که بدون دوره بلوغ ، مینوپوز وحاملگی بوجود میاید و یا با تظاهرات دیگر Virilization توام باشد . هرگاه با غورشدن آواز ، موی رفتگی سر و بزرگ شدن Clitoris یکجا

باشد بنام Virilization یاد میگردد ، که بصورت انی شروع گردد . (6-2)

درHiysutism همیشه باید حالت غده ادرینل جستجو گردیده وتمور یا Hyperplasia آن رد گردد .

اسباب Hirsutism درتخمدان ها عبارت از

، Hi lar cell tumar, (Stein leventhal Syundrom)Polycystic Ovaries

Arrhenoblastoma و Theca cell lutenization میباشد (2) .

17 Keto steroids ادرار و Testosterone پلازما باید تعیین گردد درامراض غده Adrenal تقریباً همیشه 17 Keto sterroid های ادرار بلند میباشد .

لیکن درتمور های تولید کننده Testosterone (Arrheno blastoma) Testosterom پلازما بلند و 17 Keto steroid ادرار نارمل میباشد .

در Aminorheaچاقی توام با Hirsutism، تسترون و LH پلازما بلند بوده و دلالت به Poly cyatic ovary می نماید (2)

باید معلوم گردد که مریض دوا های اندروجن اخذ نکرده زیراکه بعضی دوا ها بمثل Diazoxid و Phenytion وبعضی تمورهای خبیث موی تما. وجود را ازدیاد می بخشد .

تغییرات اشتها : -Polyuria، Poly Dipsia و Poly phagia اعراض کلاسیك Diabetes maletus میباشد ، بازهم خوراك زیاد اکثر ا پرابلم اندوکراین نبوده بلکه در Compulsive Personality trait نیز دیده میشود . (2) .

نادرا در آفات هایپوتلاموس که خواب آلودگي با دیگرعلایم هایپوتلاموس(Hypogonadismو انبار ملتی ارثی) موجود باشد دیده میشود . ضیاع وزن باخوراك زیاد در thyotoxecosis بمیان می آید .

ازدیاد وزن با خوراك زیاد نادراً در Acromegaly یا -Hypolgy cermia (در Adenoma تو لید کننده حجرات پانقراص) بملاحظه میرسد.

بی اشتهایی ، دلبدی که ضیاع وزن و اسهال با آن توام میباشد درAddisonian Crisisودر شروع Diabetic ketoacidosisبه مشاهده میرسد (2) بی اشتهائی ، دلبدی وقبضیت در -Hyper calciem sa و Hyperpara thyroidismبوجود می آید . اگر قرحات پیتك مکر ر در سویه بلند gastrin موجودباشد دلالت به Pan creatic Gastrinoma را می نماید (2-6) .

Poly uria و Poly Depsia :- Plyuria که معمولاً با Poly Depsia توام میباشد اکثرا اسباب غیر اندوکرینی دارد . وبه شکل عادت از نوشیدن آب زیاد (Psychogenic) بوجود می آید (2) اگر این اعراض بصورت سریع شروع گردد ومقدار آنها زیـاد باشـد بـه DM

و D.insipidus دلالت می نماید. در D. insipidus بصورت تدریجی یا سریع بعد از ترضیض سر یا جراحی دماغی بوجود می آید و باید کوشش گردد که آفات عضوی فص خلفی Hypophyse رد گردد. در اطفال Esonophilicgrunoloma و Nephrogenic diabetus insipdus در نظر باشد (6-2) .

باید ذکر گردد که Lithianو Demeclocyclinتاثیر ADH را درکلیه نهی می نماید وسبب Polyuria میگردد .Polyd uria و Pdy-depsia درحالت Hypercalciemia بمشاهده رسیده(Hyperparathyroidism) (2) . همچنان در مریضان Hyper Aldosteronism ازطرف شب به شکل تیپک Ployuria موجود میباشد .

Polyuria در امراض توبول های کلیوی بمثل Renal tubu laracidosisوسندروم Fanconi و در امراض که در آن تخریب Medu lary lnterstitiumبمیان می آید دیده میشود (2) .

Pigmentation ورنگ غیرنورمال جلد

جلد بصورت فامیلی ونژادی رنگ زیاد تر Hyperpegmentation را ممکن داشته باشد . درمرض addison ازسبب عدم کفایه قشرمحفظه فوق الکلیة Hyperpegmentatin درجلد بوجود می آید .

یعنی مرض Add ison با Hyperpegmentatin و (Vitiligo)D epeg mentation توام میباشد . نقاط صباغی درغشای مخاطی، بیره ودرنوک ثدیدها دیده میشود. مریض Addison

باید از Hamochramotosis و Argyria تشخیص تفریقی گردد. (2).
سوء تغذی پیش رفته اکثرا با Hyperpegmentation جلد توام میباشد این تصبغ جلد در نواحی که با آفتاب روبرو باشد جستجو گردد (Pellagra). حاملگی و Thyrotoxicosis با تصبخ نصواری رنگ نقطوی جلد مترافق بوده ومخصوصاً در روی زنان حامله به شکل واضح Chalasma دیده میشود .

همچنان گرفتن دوا های Contraseptive سبب بمیان آمدن تصبغ جلدی مذکور میگردد. (2) دوا های دیگربمثل Diethylstelbesterol سبب توضیع صباغات نصواری رنگ سیاه بالای نوك ثدیه ها بمیگردد . موجودیت نقاط تصبغی نصواری باسرحد سخت علامه مشخصه Albright سندروم میباشد.(در زن ها با Fibrous Dysplasia وانکشاف مقدم تناسلی توام میباشد).

Acanthosisnigricansدر Acromegaly یا با دیگر تمورهای اندوکرینی مترافقاً بملاحظه رسیده لاکن درچاقی پیشرفته نیزدیده میشود .

مریضان کوشنگ رنگ Ruddy camplexion(رنگ نورمال سرخ) داشته Hyperpigmentationمخصوصاً بعد از Adrenalectomy تمور غده نخامیه و یا نادراً به کانسر خارج ادرنیل دلالت می نماید . (2) .

Carotenemia ورنگ زرد برای Mexodema ابتدای وصفی میباشد. Flushing و Decoloration جلد به سندوزم Carcinoid

دلالت می نماید .

Vitiligo اکثرا با Auti lmmion Endocrinopathy توام میباشد .

Delayd grouith تاخیرنشو ونما :- آفات غداوت داخلی که سبب تاخیر نشو ونما میکردد عبارت اند از تفریط فعالیت غده درقیه وتفریط فعالیت غده نخامیه . دربعضی حالات مشکل است که این آفات غدوات داخلی را ازنشو ونمای موخر که بصورت فامیل وارثی موجود است تفریق نمایم لذا باید همیشه درنظر باشد که تاخیرنشو ونما ازطفولیت موجود است و یا اینکه درمرحله زمان طفولیت شروع شده است . دریك تعداد امراض مزمن دیگر نیز تاخیر درنشو ونما بملاحظه میرسد که باید همیشه درنظرباشد مثلا درامراض استخوان سوء تغذی، آفات متابولیك ، در امراض مزمن قلبی و آفات مزمن کلیوی .

Excisive grouth (نشو ونمای زیاد ازحد)

نشوونمای زیاد از حد بصورت فامیلی ، نژادی ،فزیولوژیك میباشد اما آفات غده نخامیه از سبب ازدیاد هورمون نشو و نما (grouth Hormone) سبب عمده نشو ونمای سریع را تشکیل میدهد که پیش تر از آن بحث بعمل آمده است .

اعراض وعلایم مهم دربعضی امراض اندوکراین ومعاینه فزیکی غده تایروئید

میدانیم که بدون غده تائیروئید دیکرتمام غدوات اندوکراین در داخل وجود قراردارند ودرحالات نورمال ومرضی قابل معاینه و جس نیست . اما از امراض غداوت مذکور بعضی علایم فزیکی دروجود تظاهر میکند که بصورت خلاصه از آنها درامراض مختلف یاد آور میشویم ومعاینه فزیکی غده تایروئید را مفصلاً شرح می نمایم .

I - Hypo thyroidism (Mexodema): این مرض ازعدم کفایه درقیه بوجود آمده ، روی مریض پندیده ، اجفان اذیماوی زبان ولب ها ضخیم میباشد . جلد مریض زرد رنگ و خشك میباشد . هم چنان تغییر آواز وطرزگپ زدن تغیرمی نماید . استرخا عکسات (عکسه وترAchill) به آهستگی صورت میگرد (Slow Relaxation). (2-3-4).

همچنان ضعیفی ، خستگی ، قبضیت عدم تحمل به مقابل سردی ، Depressionبطائت حرکات ، بی اشتهائی، Minorrhagia ، گرفتن وزن زیاد میباشد . درمعاینه جلد مریضان خشك ، سرد، زرد رنگ و پندیده میباشد وموی های به آسانی کنده میشود . درموقع صحبت آواز مریض تغییرنموده یعنی نزد شان Horsnessوخپه شدن آواز بمشاهده میرسد چهره مریض غیرنورمال تلقی شده ویك بی حالی درچهره مریض بملاحظه میرسد. موی ها ی مریض بصورت پراگنده دیده شده اجفان اذیماوی ، زبان مریض بزرگ وخاسف میباشد . غده در قیه جس شده نمیتواند تنها در بعضی حالات استثنایی میتواند جس شود . قلب مریضان هم از سبب

توسع وهـــم از سبب pericardialeffusion بزرگ میـــگردد Bradycardia موجود است . درصورتیکه مریض برای مدت زیاد بدون تداوی دوام نماید نزد شان Coma بمیان می آید .

II - Addison diseasec : - این مرض ازتفریط فعالیت غده قشرفوق الکلیه بوجود می آید. اعراض عمده آن ضعیفی، باختن وزن، دلبدی ، بی اشتهائی ، اسهال ، استفراق ، سرگنکسی، سنکوب وتشوش حس سامعه وشامه میباشد .

علایم عمده آن عبارت اند از (3-4) .

a - Hyper pigmentatian : - ازدیاد صباغ زیاد در نواحی تناسلی ونواحی که معروض به ترضیض اند بملاحظه میرسد . درغشای مخاطی دهن ، زبان ،لب ها پلك های صباغی دیده میشود . در حلیمه شدیه ودرنواحی شق عملیاتی نیزدیده میشود . بعضا درجلد نقاط بیرنگ (Vitiligo) نیزبملاحظه میرسد .

b - Hypotension : - فشارخون مریض پائین بوده و در واقعات پیش رفته 80 بر 50 میرسد. Pestural Hypotinsi on نیز نزد مریضان عمومیت دارد . اندازه قلب مریض کوچك (Small Heart) میباشد.

برعلاوه علایم فوق الذکرجلد مریضان خشك بوده وموی های ناحیه عانه وابط کم میگردد .

III - Acromegaly : - هرگاه هورمون grouth که ازغده

نخامیه افرازمیشود قبل ازبلوغ زیاد افراز گردد درین صورت مرض بنام Gigantism یاد میگردد . اگر افراز این هورمون بعد ازبلوغ زیاد افراز گردد مرض که بمیان می آید بنام Acromegaly یاد میگردد. که عموماً ازدیاد نشو ونما درنهایات وجود مانند دست ها و پاها و بملاحظه میرسد .

علایم مرض : پیشانی و اطراف جوف کره عین بزرگ شده که از سبب بزرگ شدن جیوب جبهی میباشد. سوء شکل در راس بملاحظه میرسد . لب های مریض بزرگ شده و مثل افریقایها میگردد . فك علوی بزرگ وبرجسته معلوم میگردد مسافات بین الضلعی دندان ها زیاد شده وزبان مریض بزرگ شده که بنام Macroglossiaیاد میگردد . دست ها پهن وعریض بوده وانگشتان بزرگ وضخیم شده که بنام انگشتان بیل مانند Spad elike یاد میگردد . پاهای مریض بزرگ وکلان شده که در مدت کم چپلی در پاهای مریض تنگ میشود. جلد مریضان نسبت عرق زیاد مرطوب وگرم میباشد ودرعین زمان ضخامت جلد زیاد میگردد . موی های وجود مریض زیاد شده وهم مسافات بین االضلی زیاد میگردد . فشارخون مریضان در 25% واقعات بلند میرود . احشای داخل وجود بزرگ شده نزدشان کبد کلان و طحال کلان حبس میگردد (2)

Cushing syndram : - این سندروم ازفرط فعالیت قشرغده فوق الکلیه بوجود می آید . همچنان بصورت ثانوی از سبب فرط افراز A.C.T.H غده نخامیه ظاهرمیگردد . اعراض عمده عبارت از چاقی، Oligomenorha'ammenorhea - Hirsutism میباشد (6)

علایم مرض عبارت است از moonface که سرخ رنگ میباشد ، گردن مریضان کوتا و Hirsutismبه ملاحظه میرسد .

مریضان چاق بوده که چاقی زیاد تر درتنه Trunk دیده شده و اطراف شان باریك میباشد. بطن مریض برجسته و افتاده بوده ، خطوط سرخ بنفشوی purplish red strea به ملاحظه میرسد .نسبت تراکم نسج شحمی در حفرات فوق الترقوی وناحیه خلفی گردن برجستگی بملاحظه میرسد که بنام Buffalo hump یاد میشود .درناحیه شدیه مریضان موی های زیاد میروید و علایم Hypertention درمریضان بمشاهده میرسد . درمعاینه اعضای تناسلی Clitoris بزرگ بوده که ازباعث Hypertrophy میباشد . (6-91)

V : - **Thyrototicosis** : - اصطلاح Thyro toxicisisبه یك Complex سریری فزیولوژیکی وکیمیاوی اطلاق میشود که ازفرط فعالیت وظیفوی غده درقیه بوجود میاید .

اعراض عمده مرض عبارت ازعصبانیت ، بی خوابی ، Insomnia، رعشه(Trimor) ، عرق زیاد ، عدم تحمل به مقابل حرارت ، باختن وزن باوجود اشتهای زیاد ، ضعیفی ، Oligomenorrhea، amminorhea میباشد.

علایم مرض عبارت از جلد مریضان گرم ومرطوب بوده درکف دست شان یك نوع سرخی بملاحظه میرسد که بنام Palmar Erythema یاد میگردد رعشه نه تنها درانگشتان دیده میشود بلکه در زنان مریض

وقصبات احتقانی بوده ودارای مقدارکم Exudate ویابدون exudate میباشد مثلاً در مراحل ابتدایی انتانات طرق تنفسی ،به تعقیب انشاق گازات مخرش ،تنباکو ، گرد وخاك وغیره سرفه های که باتقشع همراه است موجودیت Exudat رانشان میدهد مثلاً در Chronic bronchitis در (Bronchiol Asithma استمایی قصبی) سرفه بصورت حملات اشتدادی بوده باعسرت تنفس و Wheeze همراه میباشد درکانسرقصبات سرفه خشك ومتکرر بوده وزمانیکه قصبه توسط تومور مسدود گردید وانتان به آن ضمیمه شد سرفه تشدید گردیده ومرطوب میشود.

زمان پیدایش سرفه نیز دارایی اهمیت خاص میباشد مثلاً درمریضان (Chronic Bronchites وکانسرقصبات؛ سرفه عموماً ازطرف صبح زیاد میباشد اما درمریضان قلبی هنگام استراحت سرفه زیاد بوده که حتی سبب برخاستن مریض ازخواب میگردد.

این سرفه از سبب احتقان ریوی بوجود می آید.

سرفه باوجوداینکه ازجمله عکس العمل هایی مدافعوی عضویت است امابعضاً سبب اختلاطات شده میتواند که اختلاطات آن عبارت از استفراقات ، Pneumo thorax (موجودیت هــوا درجــوف صــدر) Syn cope وکسور اضلاع میباشند.

۲- تقشع یابلغم : Sputum :

عبارت از موادیست که توسط سرفه ازطرق تنفسی خارج میگردد که

نیزبملاحظه میرسد . موی های مریض نازك و ابریشمی بوده وفعالیت مریضان سریع میباشد مثلاًدروقت حرف زدن تند وتیز صحبت می نماید (6-9) دریك شکل Thyro toxicosisکه بنام graves diseaseیاد میگردد یك چشم یا هردوچشم Exop halmia دارد .

توسط کشش جفن علوی منضمه بالای قرینه به شکل واضح معلوم گردیده و وقتیکه که به مریض گفته شود که انگشت شاهد را تعقیب نماید و انگشت شاهد بطرف پائین حرکت نماید درین وقت کره عین انگشتان شاهد را تعقیب نموده لیکن جفن علوی این حرکت را به سستی وتنبلی اجرا می نماید که این حالت بنام Lidleg یاد می نماید نبض مریض سریع بوده و pulse pressure زیاد بملاحظه میرسد بعضی وقت درموجودیت Goiter بافرط های غده درقیه Bruit بالای غده درقیه شنیده میشود (2) .

تظاهرات جلدی در پاها وقدم بملاحظه میرسد که بنام peritibial یاد میشود این تظاهرات بسیارواضح بوده که ناحیه ماوفه برجسته ومنظره پوست نارنج رانشان میدهد که امکان دارد خارش داشته وبصورت صباغی مشاهده میگردد . (6)

اعراض وعلایم در دیگر امراض اندوکرین درفیوکروموسایتوما علایم هایپرتنش ، عصبانیت ، سرخی روی عرق به شکل حملـه گذری بمیـــان می آید (2)

در Duarfism عدم کفایه وفقدان هورمون نشو ونما (G.H) موجود و نشوونما به تاخیرمی افتد . اعضای مریض خورد ، قدکوتاه وعمرمریض به

نشو ونمای وجود تطابق نمی نماید که مریض دیرتربه بلوغ میرسد.

درسندروم شیهان (Shehan) که ازتخریب فص قدامی غده نخامیه (ازهرسببی که باشد) بوجود می آید درین مریضان در زن ها Lactation وعادت ماهوار ازبین رفته و درمردها خواصی جنسی اول ازبین رفته وgenecomastiaبعدتر بمیان می آید . موی عانه وابط ازبین میرود (2) .

درDiabetoinsipidus پولی یوریا و Polydepsia موجود ومقدار ادرار 24 ساعته به 20-5 لیترمیرسد . کثافت مخصوصه ادرار پایین (1.006 -1.004) میباشد .

در Diabetusmaletasمریضان Ployuria , Polydepsia و Poly Phagia داشته ودرType جوان ها مریض وزن را ازدست میدهد و Typeکاهل مریض چاق میباشد (2) .

در Hyper parathyroidism مریضان ضعیف، بی اشتهایی ، دلبدی استفراق، Drowsness ،Confusion وقبضیت به مشاهده میرسد . از سبب سنگ های کلیوی Renal colic درمریضان دیده میشود و بعضی وقت Parathyroid غده Adenamaجس شده میتواند. هم چنان درقسمت اتصال Corneosclera کلیسفیکشن Calcification بمشاهده میرسد . (2)

درمریضان Hypoparathyroidism ازسبب تنقیص Ca خون Tetaniبملاحظه میرسد . (2)

در Hypogonadism که قبل ازPuberty بوجود آید آله تناسلی

خارجی وخواص ثانوی جنسی مردانه نشو ونمانکرده وموی های ریش مریض موجود نبوده آوازمریض باریك و اعضای تناسلی خورد میباشد . (2)

اگر Hypoganadismبعد از Puberty بوجود آید ، آله تناسلی اتروفی نموده ، اشتهایی جنسی ازبین رفته و Impotance بوجود می آید . درمرحله مینوپوزعلامه اولی چاقی است و Hirsutism مخصوصاً در لب بالای وموی در زنق بمیان می آید (2) .

. **معاینه فزیکی غده تایروئید :-** اول باید قسمت مثلثی قدامی گردن برای ضربان شریان ثباتی ،ضخامه عقدات لمفاوی ، کتلات تموری ، حالات غیر نورمال غداوت لعابیه جس گردد ونیز گردن برای موضعی وعمومی غده تائیروئید تفتیش ونیز موقعیت شزن تعیین گردد (1-2)

داکتردرعقب مریض استاده شود و انگشتان هردودست درهردو طرف بالای غده تماس داده شود وبه مریض امرمیگردد که لعاب ویا یك لقمه را بلع نماید که درین وقت غده تائیروید بطرف بالاحرکت می نماید وهردوفص غده توسط انگشتان دست دروقت حرکت جس میگردد . اگر این غده کلان شده باشدSize شکل ، قوام ، پندیدگی ، حرکت جلد بالای غده، حساسیت Pulsation باید یاداشت گردد (1-2)

همچنان هرفص غده درحالیکه داکتردرقدام مریض استاده فص راست غده توسط انگشتان دست چپ نزدیك غده به طورعمیق عضلهٔ تر قوی قصی را گرفته وتوسط انگشت کلان دست دیگر درقسمت متوسط غده درحالت جس که مریض لقمه یالعاب را بلع می نماید ، فص راست غده به

انگشتان داکترتماس می نماید ومریض به همان طرف (طرف راست) می بیند
. فص چپ این غده بصورت معکوس جس میگردد .

همچنان بالای غده درقیه یك Bruit ستولیك (Toxic goiter)
شنیده شده میتواند (1-2)

Vongreaf,s sign :- این علامه درفرط فعالیت غده تائیروئید (Hyper thyroidism) موجود بوده وعملیه اجرای آن قرار ذیل است . انگشت شهادت (Indexfinger) به اندازه یك تا 2 فت بصورت افقی دورنگاه داشته میشود و راس مریض بدست محکم گرفته میشود درین وقت به مریض گفته میشود که انگشت معاینه کننده بدون اینکه راس خود را حرکت بدهد توسط چشم تعقیب نماید در حالیکه انگشت معاینه کننده بطرف پائین حرکت می نماید . درین وقت Sclera بالای قرینه می آید و قرینه را می پوشاند ، گفته میشود که علامه مذکور مثبت میباشد (i)

بصورت عموم معاینات
لابراتواری سیستم اندوکرین

درباره معاینات لابراتواری سیستم اندوکراین معاینات که درعرصه کلینکی اهمیت (معاینات دیابت وغده تائیروئید) دارد بیان می نمایم .

معاینات لابراتواری دیابت : (2)

معاینه ادرار : معاینه ادرار یك معاینه ساده است که در ادرار برای تشخیص مرض شکر گلوکوز، Ketonbody جستجومیگردد .

وبعد ازیك الی دوساعت خوردن غذای دارای کاربوهایدریت ادرار معاینه وگلوکوز در آن جستجو میگردد . باید ذکرگردد که قدمه گلوکوز کلیوی اشخاص پیرزیاد میگردد با وجود آنکه سویه گلوکوز خون نارمل میباشد ازین باعث گفته میتوانیم که بصورت تنهایی موجودیت گلوکوز در ادرار برای تشخیص مرض وصفی نمیباشد و باید گلوکوز خون نیزمعاینه گردد .

درکیتواسدوزس در ادرار مواد کیتونی همیشه موجود و اهمیت تشخیصیه را دارد که بامواد کیتونی گلوگوزدر ادرار نیز موجود میباشد

وبنام ketonuria و glucosuria یاد میگردد . در ketonuria دهن مریض بوی میوه داده و ارتباط به موجودیت استون دارد .

گلوکوز خون و glulose tolerance test :- برای تشخیص مرض شکریك تست خوب است که بکدام رژیم غذای خصوصی ضرورت ندارد . (2)

درحالت نارمل اگر Fasting blook sugar (FBS)زیاد گردد به مرض شکر دلالت می نماید. لیکن اندازه نارمل FBS هیچوقت مرض شکررا ردکرده نمیتواند ازهمین سبب است که G.T.T برای تشخیص توصیه گردیده وبه طورآتی اجرامیگردد . (2)

دروقت صبح وقتی ازمریض خون اخذ گردیده و FBS درآن تعیین میگردد بعد ازآن 100 گرام پودر گلوکوز به شکل شربت به مریض ازطریق دهن داده میشود . بعد ازیك ، دو، سه ساعت از خوردن گلوکوز گلوکوزخون معاینه گردد درحالت نارمل یك ساعت بعد گلوکوزخون 160mg/100ml وبعد از دوساعت گلوکوز خون 120mg/100ml وبعد ازسه ساعت گلوکوز خون 90-110 mg/100ml میباشد. اگر ازین اعداد سویه گلوکوز خون بلندترباشد به احتمال قوی دیابت را ارائه می نماید. اگر این اعداد به شکل Border line

REFERENCE

1- Ali M; Students Clinical methods in medicine. 9th Revised and Enlarged Edition1995.

2- Alokuzai A.w; Internal medicine for third year students1362.

۲- الکوزی ای ، وی :- د دریم تولگی د داخلی درسی کتاب ۱۳٦۲ هـ ش

3- Corwin H. Hinshman; Jaahon F. Murraay; Diseases of the chest.
W.B Saunders Company. Philadelphia-London, Toronto1990

4-Edwards Christo phar R.w. jan A.Boucher; David-son,sprinciples and Practice of Medicine.
A taxt book for Students and Doctors17th Edition1995

5- Goldman M.J:Noragol schlager; Electro Cardiography.
Lange Medical Publication Los Altos. Colfornia1990

6- Harrison T.R. and at all: Principles of Internal medicine.
Mc Graw,Hill book company.12th International Edition1995.

7-JAMA; Volume254.Number19 Nov.15.1985.

8-S choeder Stevan A. and at all, Current Medical, Diagnosis and treatment.
Appleton of lange newwalk Connecticat/ Sanma Toe. Calfor-nia.35th Edition1996.

9- wyngaarden B.James. lloyd H.Smith,Jr; cecil text book of medicine.
W.B Saundres Campany1990.

Muslim Sister's Organization
of Afghanistan
Ummahat -ul- Momineen University

Fundamentals of Internal Medicine for Third year Students

By Proff. Dr. A. W. Alukozai MD. Ph.D.

1997

باشد در آن صورت G.T.T سه ساعته ازطریق فمی اجرا میگردد.(2)

Oral G.T.T : بعد ازآنکه FBS تعیین شد به مریض 100گرام گلوکوز داده میشود ، بعد ازنیم ساعت ، یك ساعت، دوساعت وسه ساعت خوردن قند سویه گلوکوز خون تعیین ونیز گلوکوز ادرار تعیین میگردد. اعداد ذیل حدود فوقانی اعداد نارمل قبول گردیده اند .

۱ - FBS = 110mg/100ml

۲ - سویه گلوکوز خون بعدازنیم ساعت خوردن گلوکوز 160mg/100ml

۳ - سویه گلوکوز خون بعد ازیك ساعت خوردن گلوکوز 160mg/100ml

٤ - سویه گلوکوز خون بعد ازدو ساعت خوردن گلوکوز 120mg/100ml

٥ - سویه گلوکوز خون بعد ازسه ساعت خوردن گلوکوز 110mg/100ml

درحالت نارمل درهیچ نمونه فوق در ادرار گلوکوز مثبت نمیباشد نتائیج G.T.T تحت تاثیر سه فکتور ذیل میباشد.(2)

۱- رژیم غذائی ۲ - فعالیت فزیکی ۳ - عمر

ازنظر رژیم غذائی باید کم ازکم ۳ روز پیش ازاجرای این تست به مریض غذای توصیه گردد که دارای 250-300گرام کاربوهایدریت داشته باشد .

تنقیص فعالیت فزیکی (Inactivation) تحمل کاربوهایدریت را پائین می آورد ، ازهمین سبب استراحت دوامدار بسترممکن تاثیرداشته باشد فکرمیشود که با ازدیاد سن G.T.T نیز بلند میگردد. اگرجذب گلوکوزازسیستم هضمی صحی نباشد این تست از راه وریدی استعمال گردیده که استعمال تست وریدی کم میباشد .

درکیتو اسیدوزس گلوکوز خون300-800mg/100 وحتی ازین مقدار زیادتر توام با ازدیاد موا دکیتونی میباشد که ازطریق ادرار اطراح میگردد .

معاینات لابراتوری وظیفوی غده تایروئید

چونکه برای تعین نمودن وظایف غده تائیروئید تست های سهل تشخصیه موجود اند ازین سبب کم تصادف میگردد که مریضی این غده بطورمکمل تشخیص نگردیده وبنام Hypothyroidism وHyper thyoidism تداوی شود. (2)

در وقت ضرورت براي تشخیص قطعی امراض غده تایروئید تایروکسین مجموعی پلازما T4 و T3 , T.R.H. test , Uptake of Radioactive Iodin Radio nuclidescaning, Technnetium ultra sonogrophy غده تائیروئید، Needle bispsy of thyroid و غیره اجرا گردند.

شامل ، قیح ،خون ومکرورگنیزم وبقای حجروی میباشد .

امراض که دران مقدار تقشع زیاد است عبارت از توبرکلوز ریوی ، توسع قصبات (Bronchectasis) ابسی ریوی ، Pneumonia Chronic bronchitis میباشد،درتوبرکلوز بلغم قیحی وباخون همراه میباشد . بلغم رابايد ازنظر رنگ ، بوی ولزوجیت ان مطالعه نمایم . قرار حکایه مریضان بصورت تخمینی باید مقدار بلغم راتعین نمایم وبصورت دقیق باید بلغم ۲٤ ساعته جمع آوری گردیده مقدار بلغم معلوم میگردد .

در ابسی ریوی بلغم چرکین وبسیار بوی خرابداشته که حتی داخل شدن به اطاق مریض ازبدبوی ناممکن میشود.

اگر بلغم مریض مصاب Bronchectasis در بین يك سلندر جمع آوری گردد ازپائین به بالا سه طبقه راتشکیل میدهد .

۱ - طبقه رسوبی (Dense)

۲ - طبقه مایع(Fluid)

۳ - طبقه کف (Foam).

در acute bronchitis مقدار بلغم کم بوده وبه مشکل خارج میگردد .

کرکتر بلغم Charactor of sputum

ازنظرکرکتر بلغم به اشکال ذیل وجود دارد.

۱ - بلغم محاطی Mucoid sputum : درمریضان Asthma قصبی که انتان تالی به ان ضمیمه نشده باشد به ملاحظه میرسد . رنگ

سفید وشفاف داشته ونهایت چسپناك میباشد.

۲ - بلغم قیحی محاطی Mucopurulants : در -Bronchitis که انتان تالی به آن علاوه شده باشد وهمچنان دردیگرانتانات طرق تنفسی دیده میشود. سبز رنگ بوده ونظر به بلغم مخاطی کمتر چسپناك میباشد.

۳ - بلغم قیحی Purulant sputum : . درتمام انتانات طرق تنفسی موجود بوده مثلاً درتوسع قصبات ، ابسی ریه ، وغیره ، رنگ این نوع بلغم زرد بوده ونظربه دو نوع فوق الذکرکمتر چسپناك میباشد .

٤- بلغم سیروزی Serouse Sputum :بصورت مایع شفاف وکف مانندبوده ممکن دارای رنگ گلابی باشد . اینوع بلغم درمریضان اذیمای حادریه(Acute pulmonaryedema)دیده میشود.اینمریضان مقدار زیاد این نوع بلغم راخارج می نماید. نادراً درمریضان مصاب -Carcinama قصبی نیزدیده میشود. اینوع بلغم ابگین بوده وبعضاً کمی لزوج لزوج میباشد.

۳ - **نفس الدم** Heamoptysis :

عبارت ازخارج شدن خون ازسستم تنفسی توسط سرفه میباشد وخون که از بینی (Epistaxis) میآید درنفس الدم شامل نیست (۲)

اسباب نفس الدم : (1-2)

۱ - **اسباب التهابی** Inflamotovy causes : - مانند توبرکلوز ریوی ،

Pneumonia , Chronicbranchitis , acute bronchitis

۲ - اسباب نیوپلاستیك :-مانند Carcinoma قصبی و Adanoma قصبی .

۳ - اسباب قلبی وعایی : مانند تضیق دسام مترال ،عدد کفایه بطین چپ ، امبولی ریوی ، فرط فشار شریان ریوی وغیره .

٤- اسباب ترضیض (Traumatic) مانند ترضیضات ریه،اجسام اجنبی ریه وغیره .

٥- اساب نذفی Heamorrhagic : مانند امراض خون تداوی باادویه ضد تحشرخون .

٦ - اسباب Ididpathic که درزیادتر واقعات اسباب نفس الدیم نامعلوم میباشد .

انواع ودرجه نفس الدیم (٦)

۱ - **Frank Heamoptysis (نفس الدم واضح)**: که محتوی ان خالص خون باشد ودرتوسع قصبات ،احتشای ریه ، TB ریوی وتضیق دسام مترال دیده میشوند

۲- **Blood Staindsputum (بلغم خون آلود)** در این قسم خون با بلغم مخلوط میباشد وزیاده تردر کارسینومای قصبی دیده میشود.

۳- Blood streak sputum(**بلغم حادی رگ های خون)**: درین صورت دربلغم خون به شکل رگ ها توضع داشته وزیاتر در برانشیت

مزمن و کارسینومای قصبی دیده میشود.

٤ - Rusty sputum (**بلغم زنگ زده**) که ازباعث تخریب هیموگلوبین بلغم رنگ سرخ خستی رابخود گرفته ودرنمونیا که عامل ان نوموکوك میباشد دیده میشود .

فرق بین Heamatemesis و Heamoptesis (1-2) :

قی الدیم (Heamatemesis) عبارت ازخارج شدن خون ازطریق هضمی بااستفراق میباشد .

درنفس الدم خون عموماً در ابتدا سرخ روشن بوده وبعداً سرخ تاریك میشود وعموماً توسط سرفه خارج میگردد ، بعضاً با تقشع مخلوط بوده ، حاوی لوکوسیت ها Micro Organism میباشد ، منظره کف مانند داشته ودارای تعامل قلوی میباشد ومریض عموماً درسابقه خود ازافات طرق تنفسی شاکی میباشد.

در قی الدم (Heamatemisis) خون دارای رنگ سرخ تاریك بوده عموماً توسط استفراق خارج میگردد و حاوی پارچه های غذایی بوده دارای تعامل اسیدی میباشد.

وعموماً مریضان از افات طرق هضمی مثل قرحات Peptic ، قرحه معده،افات مزمن کبدی شاکی میباشد وایشان اکثراً Anemic اند ٨-٦

٤ - درد صدر Chest Pain

پلورای حشوی وپرانشیم ریوی درمقابل تنبهات درد حساس نمیباشد،

همچنان مطالعه اعضاء وسستم های مختلف وجود به کمك تفتیش (Inspection)وحبس (Palpation) درعرصه طبابت توسط طبیب مذکور داخل گردید.

درتاریخ طبابت عالم شهیر ابوعلی ابن سینا(Avicina)مقام بلندی را حایز است ، دریادداشت های که ازین عالم درعرصه طبابت مانده است تاالحال اهمیت خاصی را حایز میباشد (۲)

درطول قرن ها درمابین شعبات طبابت کدام تقسیمات قطعی وجود نداشت ، وچیزهای که به عملیات تعلق داشت بنام جراحی یادمیشد ،وشعبات دیگر بدون قابلگی (Obstetricus)بمثل توبرکلوز ، امراض اطفال ، امراض جلدي و امراض انتانی درداخله شامل بود ، وبصورت تدریجی امراض مذکورازداخله جداشدند.

اصطلاح امراض داخله درقرن ۱۹وسعت پیدا نموده ودرعصر حاضربا اصطلاح امراض داخله کلمه تداوی (Therapy)استعمال میگردد ،که این هردو اصطلاح یك معنی را افاده نموده ودرحقیقت یك قسمت مهم طبابت عملي را تشکیل میدهد.در ده های اخیر Therapyبه شعبات ذیل تقسیم گردیده اند.

Pulmology , Nephrology ,Heamatology Gastro Entrology , Endocrinology , cardiology

یك طبیب که تمام امراض داخله را تداوی می نمایند بنام Therapiest یاد میگردد.

پس در افات التهابی پرانشیم ریوی مریضان درد احساس نمیکنند وبعضاً فقط بصورت یك گرفتگی مخصوص صدری ازطرف مریض شکایت میشود، اما زمانیکه پلورای جداری ماوف گردد مریضان درد شدید احساس میکنند . هم چنان درافات طرق هوای تنفسی درد صدری موجود میباشد.

درد صدری اقسام ذیل را دارا میباشند (6, 2,1) .

۱ - دردهای قسمت علوی عظم قص :- بصورت عموم یك درد سوزنده درقسمت علوی وخلف عظم قص احساس میشود که معمولاً در التهاب شزن بوجود آمده باسرفه تحریك میگردد . هنگام که سرفه باتقشع همراه شود درد ازبین میرود . همچنان بعضی وقت این درموقعیت Ret-ro sternal داشته ووصف Tearing را دارد که با سرفه تحریك وتشدید میگردد که بنام درد مرکزی Retrusternal یاد گردیده وعلت معمول ان طوریکه فوقاً دگر گردید التهاب شزن میباشد.

۲- ناآرامی صدری مرکزی Central Discomfort : - درد های مذکور زیاتر در افات منصفی احساس میشود مثلاً در تمور های منصف والتهاب منصف .

درد وصف فشار دهنده داشته وممکن است بطرف شانه وعنق انتشار نماید .

۳ - درد دوامدار وثابت صدر : - این درد باتنفس ارتباط نداشته

وتوسط تمور جدار صدر ویا تمور های متاستاتیك اضلاع وفقرات که اعصاب بین الضلعی تحت فشار خویش گرفته باشد بمیان می آید.

٤ - دردهای پلورای وپرانشیم ریوی : - ازسبب تخریش پلورای جداری که در التهابات حاد ان بوجود می آید . مریضان دردشدید داشته ووصف پاره کننده دارد با سرفه ، عطسه ، وشهیق عمیق شدت کسب می نماید .

دردهای پلورایی عموماً موضعی بوده وبه یك طرف صدرموقعیت داشت میباشد . وقتیکه درجوف پلورا مایع جمع شود ازشدت درد کاسته شده وحتی ازبین میرود. درالتهاب پلورا و Pneumothorax نیز دزداحساس میشود . درد پلورای ازکشش والتهاب پلورای جداری بمیان آمده در اخر شهیق زیادت کسب می نماید که مریض برای کمبود درد تنفس سطحی (Shallow breath) می نماید . اگر درد درقدام سینه ودرقسمت علوی شانه ها موجود میباشد به Diaphragmatic Pleurisy ارتباط دارد امراض پرانشیم ریوی که سبب درد صدر میشود عبارت از نمونیا Pneumenia , امبولی ریوی ، TB ریوی وافات خبیثه میباشد.

علاوه از امراض پلورا وپرانشیم ریوی امراض دیگر مثل احتشای قلب سبب دردهای صدری میگردد .که درین حالت درد درخلف عظم قص موجود بوده وبطرف بازودست چپ انتشار می نمایند . همچنان فرط فشار

شریان ریوی نیز سبب درد صدری میگردد . افات هضمی که سبب درد صدری میگردد عبارت از سپازم مری ، فتق حجاب حاجزی والتهاب مری میباشد.

Plural Friction - Rub براي پلوریزی يك علامه مهم فزیکی است که از اصطکاك هردو پلورا که توسط Exudate فبرین پوشانیده میباشد بمیان می آید. وقتیکه مایع در جوف پلورا تشکیل شود این علامه از بین رفته زیرا که هردو پلورا دروقت تنفس یکی به دیگر اصطکاك نمی نماید ونیز درد کم میشود.

بصورت عموم درصورت موجودیت درد صدری موقعیت درد ، شدت ،انتشار، مدت دوام ، وارتباط ان با سرفه ، عطسه وحرکات ستون فقرات مد نظر باشند .

٥ - نفس تنگی (عسرت تنفس) Dyspnia

عبارت ازمشکلات فعل تنفس ویاتنفس ناراحت کننده میباشد که ازطرف مریض شکایت میشود.

میکانیزم تولید عشرت تنفس: مرکز تنفس در بصله قرار داشته که حرکات تنفسی بصورت نارمل توسط ان کنترول میگردد .این مرکز توسط فکتور های ذیل تنبیه میگردد.

۱ - فکتور های موضعی Local Factores : تغییر فشار کاربن دای اکسید خون ، phخون وتغیر درجه حرارت Hypothalamus را بصورت موضعی تنبیه نموده واز انجا مستقیماً مرکز تنفس تنبیه میگردد.

۲ - فکتور های عمومی General Factores :

a- Hypoxiemia و Hypqrcopnia از طریق اخذه های که درشریان ثباتی و قوس ابهر موجود است مرکز تنفس را تنبیه می نماید

b- اخذه های که درریتان قرار دارد Juxta capilary receptor ازطریق عصب Vagus ودیگراعصاب که حجاب حاجز وجدار صدر راتعصیب نموده اند مرکز تنفس راتنبیه می نمیاند.

عوامل که سبب عشرت تنفس میگردد (6-9)

۱ - عسرت تنفس که با Tachy Pnea توام است : انسداد طرق هوای کم شدن قدرت ارتجاعی ریه ، محدودیت توسع صدر تماماً باعث ازدیاد کار تنفسی گردیده وعسرت تنفس رابوجود می آورد.

انسدادطرق هوایی مانند افات انسدادی حنجره ،شزن ،قصبات ، استمایی قصبی وبرانشیت مزمن میباشد.

حالاتیکه باعث کم شدن ارتجاعیت ریه میگردد عبارت از Pneumothorax انصباب پلورا (Pleural Effusion) وضخامه پلورا میباشند.

همچنان عسرت تنفس درنتیجه محدودیت توسع صدر در مریضان که مصاب درد شدید پلورایی و Kyphoscoleosis اند بوجود می آید.

۲ - عسرت تنفس که با ازدیاد تهویه ریوی Pulmonary Ventilation توام است .

مانند Hypoxiemia شدید Metabolecacidosis امبولی

کتلوی ریوی .

۳ - عسرت تنفس که با ضعیفی عضلات تنفسی توام است : مانند افات عصبی عقلی که درجروحات قسمت علوی نخاع شوکی دیده میشود مانند Poliomyalitis که سبب فلج قسمی ویا تام عضلات تنفسی گردیده عسرت تنفس رابوجود می آورد.

دربعضی مواقع یك فكتور بصورت واحد سبب عسرت تنفس نشده بلکه چندین عوامل درظهور ان رول دارد مثلاً در مراحل ابتدای Pneu-monia عسرت تنفس ازسبب محدودیت توسع صدر که بواسطه درد پلورایی بوجود می آید اما درمراحل بعدی ازسبب تکاشف وسیع ریو ی (wide Consolidation) عسرت تنفس بوجود می آید که علت آنرا کاهش Elastisity نسج ریوی وتزاید تهویه ریوی از Hypoxie-mia تشکیل میدهد.

اشکال سریری عسرت تنفس :

۱ - عسرت تنفس اشتدادی Paroxysmal dyspnea. این نوع عسرت تنفس انی پیداشده وبسیار شدید میباشد. درانسداد شزن ،قصبات اجسام اجنبی ، استمایی قصبی ، عدم کفایه قلب چپ درامبولیزم ریوی بوجود می اید (6)

۲ - عسرت تنفس جهدی Exer tional dyspnea : این نوع تنفس دراثنای فعالیت فزیکی به مریضی عاید میگردد . اسباب آن معمولاً افات قلبی وافات مزمن ریوی میباشد . همچنان درکم خونی ها واشخاص

چاق نیز دیده میشود (۹)

عسرت تنفس باید از Hyper apnea فرق شود که درین حالت عمق وحجم تنفس زیاد گردیده وکدام احساس غیر نورمال موجود نمیباشد. اما در Tachypuea تعداد تنفس اضافه میشود.

در Bradypnea حرکات تنفس بصورت عزنورمال بطی گردیده که انحطاط مرکز تنفسی وتمورها اسباب انرا تشکیل میدهد.

عسرت تنفس درحالات زجرت روحی نیز (Anxiety)دیده شود.

عسرت تنفس جهدی ازنظر درجه فعالیت مریض به ٥ درجه تقسیم شده اند (9-6)

۱ - Dysprea درجه یك : - که مریضان عسرت تنفس خفیف بافعالیت فزیکی شدید داشته باشند ویا امکان دارد که از طرف مریضی هیچ شکایت نشود.

۲ - Dypnea درجه دوم : - درین قسم عسرت تنفس زمانی که مریض در بلندی بالا میرود عسرت تنفس نزدش تولید میگردد.

۳ - Dyspnea درجه سوم : زمانی عاید میگردد که مریض در جای هموار به سرعت قدم بزنند .

٤ - Dyspnea درجه چارم . زمانی عاید میگردد که مریض درسطح هموار زیادتر از ۱۰۰ متر قدم بزنند.

٥ - درین حالت بافعالیت های عادی روزمره مثلاً لباس پوشیدن ،راه رفتن بامسافه کمتر ازصدمتر عسرت تنفس عاید گردد.

٦- Wheeze :

عبارت از صدای Musical است که ازسبب عبور هوا ازبین قصبات کوچك که قطرشان ازباعث عوامل پتالوژیك متضیق شده باشد بوجود می آید . گرچه زیادتر بامعاینه فزیکی شنیده میشود اما گاهی بصورت عرض ازطرف مریض شکایت میشود. Wheeze درهنگام شهیق و ذفیر شنده میشود .

اما در اثنای ذفیر بلند تر به گوش میرسد هرقدر تنفس سریع باشد به همان اندازه واضح ترشنیده میشود. مریضان Bronchial Asthma و Chronic Bronchitis زیاتراز Wheeze شاکی میباشد (1-2)

Wheeze باید از Stridor تفریق گردد این آواز از اثر انسداد قسمی قصبات بزرگ بواسطه جسم اجنبی وتومورها بوجود می اید . ودرزمان شهیق بلند تر به گوش میرسد ،

٧- Cyanosis سیانوزس : -

زمانیکه مقدار هیموگلوبین ارجاع شده درخون به 5 gram% برسد سیانوزس بمیان می اید . درین حالت ناخن ها ، لب ها ، زبان ، نوك انف ، غشای مخاطی دهن رنگ ابی یا بنفش بخودمیگرد . سیانوزس بدونوع است (1-2)

١ - سیانوزس محیطی Peripheral cyanosis : -

که از سبب Vasoconstriction و دیگر اسباب که سبب رکودت خون دراوعیه ها گردد بمیان می آید . مثلاً

a – مواجه شدن به هوای سرد .

b- احتقان وریدی ازسبب فشار موضعی مثلاً ترومبوزوریدهای عمیق .

c- ازدیاد تنبیه Vasomotor مثلا.Raynoud's Disease

۲- سیانوز مرکزی : - زمانیکه خون شریانی و وریدي مخلوط گردد ویا از سبب امراض شش در Diffusion اکسیجن تنقیص بعمل اید بمیان می آید اسباب ان قرار ذیل اند.

۱- اسباب قلبی سیانوزمرکزی a

Fallot's Tetralogy - a

b- Lutum bacher's diseas : که درمرحله اخر سبب سیانوز میگردد.

۲ - اسباب شش :

a- Consolidution (Pneumonia)

b- فایبروز شش .

c- Corpulmonale .

۳- اسباب دیگر زندگی در ارتفاعات بلند که درین حالت فشار قسمی O2 در اسناخ تنقیص می یابد.

b- انسداد طرق هوای تنفسی .

c - Shock که سبب کولپس Vasomotore و رکودت خون میگردد.

d- عدم کفایه قلب راست : که ازسبب ازدیاد فشار وریدی رکودت خون سیانوزس بمیان می اید.

٤ - امراض خون :

Meth Hemoglubinemia -a

Self Hemoglubinemia -b

فرق بین سیانوز مرکزی ومحیطی درجدول ذیل ذکرشده است(۱-۲)

سیانوزس محیطی	سیانوزس مرکزی
۱- ازسبب یخ بوجود می اید .	۱- ازسبب امراض قلب وشش بمیان می آید.
۲ - نواحی مربوط سردمیباشد	۲ - نواحی مربوط گرم میباشد
۳-توسط گرم نمودن ازبین میرود.	۳ - توسط گرم نمودن تغییر نمیکند .
٤ - دست هایخ میباشد.	٤ - دست ها گرم میباشد

Digital Clubbing -۸

در Clubbing انگشت ها انساج قاعدوی ناخن ها ضخیم وزاویه قاعدوی ناخن ها باجلد مربوط مغشوش میگردد . ازنگا سریری دارای سه Stage میباشد (1-2) .

Stage اول : - درین مرحله ازاثر اذیمای انساج رخوه قاعده ناخن زاویه نارمل که بین ناخن وجلد انگشت موجود است وبنام LOVi - baund angle یاد میشود ازبین میرود .

Stage دوم : درین مرحله نسبت موجودیت مایع درقاعده ناخن یك تموج (Flactuation) حبس میگردد .دروقت معاینه توسط نهایات هردو انگشت Indix بالای وجه ظهری انگشت مریض فشار وارد میکنیم که درصورت موجودیت مایع تموج حبس میگردد . (۱)

Stage سوم : - درین مرحله از سبب ازدیاد مایع وانساج رخوه انحنایی ناخن زیادشده وناخن منظره چوب دهل Drum Stick بخود میگیرد ومیخانیکیت پیدایش clubbing تابحال معلوم نبوده لاکن Hypoxiemia ، ازدیاد مایع بین الخلالی وتوسع اوعیه شعریوی رادربوجودآوردن آن ذیدخل میدانند.

اسباب Clubbing

۱ - اسباب کسبی (Aquired)

A- اسباب کسبی در شش ها :

۱- Branchoginic carcinama .

۲- Bronchectasis.

۳- Absces ریوی .

درحقیقت یك طبیب باید دارای شعور وتفکرعالی بوده وخیلی دانا میباشد.

برای اینکه یك طبیب مرض رابصورت صحیح تشخیص وتداوی نماید بهتراست که دریك ویاچند شعبات محدود تحصیل کسب نماید ، ودریك رشته ویاشعبه محدود تحصیل کردن این معنی را افاده نمیکند که طبیب مذکور بصورت تنهای درهمان شعبه دانای وفهم داشته باشد بطورمثال یك Cardiologe یا Gastro Entrologe بصورت تنهایی در امراض قلبی ویاسستم هضمی دانا نبوده بلکه هریکی ازین متخصصین باید داکتر داخله نیز بوده وتمام امراض داخله راتشخیص وتداوی نمایند، ودریك شعبه داخله متخصص ودananتر باشد (۲)

به اساس طبابت امروزی که از سالها تجارب بمیان امده است وبرای تشخیص امراض انسانی راها ومتیودهای مختلف رابازنموده ، ورشته های داخله بنام مادر شعبات زیادی طبابت یادگردیده است .

توسط خدمات زیادی علمای دنیا علم Therapy به شکل تدریجی انکشاف وراه تکامل خویش راطی نموده ودرعصر حاضر در بین شعبات طبابت مقام ارزنده را حایز میباشد.

فهمیدن اساسات داخلهٔ (Semiology) برای دانستن تمام شعبات طب اهمیت درجه اول رادارد.

تدریس طب داخله اهداف ذیل را دربردارند(۲)

٤- Fibrosing Aiveolitis

٥- Empyema

B- اسباب درقلب .

١ - امراض سیانوتیك قلبی .

٢ - Subacute bacterial Endo Carditis .

C- اسباب کسبی درسستم هضمی .

١ - مریضی Crhon's .

٢ - Ulcerative colitis .

٣ - مریضی سوء امتصاص .

D- اسباب کسبی درجگر.

١ - سیروز صفراوی

٢ - فامیلی - شاید Clubbing منشه فامیلی داشته باشد .

٣ - Idiopathic: بعضی وقت برای Clubbing هیچ دلیل پیدا شده نمیتواند.

معاینه فزیکی مریضان مصاب امراض تنفسی

تفتیش (Inspection) : - درحین تفتیش صدربااید نقاط ذیل درنظرگرفته شوند .مریض باید تاحدامکان برهنه گردد . بهتر است مریض بحالت نشسته قرار گرفته ،درصورتیکه نشسته نتواندبه وضعیت خوابیده معاینه گردد . روشنی اطاق که دران مریض معاینه میگردد باید کافی بوده وهوای اطاق مناسب باشد . فضای اطاق باید آرام بوده تاسبب ناراحتی

مریض نگردد.

تفتیش صدرازقدام،خلف وجوانب ازبالابه پائین صورت گیرد. باید هردو طرف بصورت مقایسوی تفتیش گردد .

درموقع تفتیش صدر یك تعداد خطوط ونقاط توپوگرافیك Topographic که از نقطه نظر کلنیکی اهمیت خاص دارد توجه گردد(1-2)

برامدگی قبه عظم قص که با جسم ان میسازد زاویه رابوجود می آورد که بنام زاویه . Louis یاد میگردد واین برامدگی به مسافه دوم بین الضلعی توافق دارد.

خطوط توپوگرافیك صدر که ازبالاپائین موقیت داشته وباهم موازی اند که توسط این خطوط ونقاط موقعیت افات ساختمان ها را بخوبی میدانند این خطوط قرار ذیل اند(1-2) .

۱- خط متوسط قصي (Med sternalline) که ازقسمت متوسط عظم قص میگذرد .

۲ - خط متوسط ترقوی (Med clavicalar line) که از قسمت متوسط عظم ترقره میگذرد.

۳ - Anterior Axillary Line (خط ابطی قدامی) که از حافه قدامی جوف ابط میگذرد

٤- Med axillary Line یا خط ابطی متوسط که ازقسمت متوسط جوف ابط میگذرد .

٥- خط ابطی خلفی Posterior axillary Line : که ازحافه

خلقی جوف ابط میگذرد .

در وقت تعین نمودن این خطوط باید شانه زیادتر از ۹۰ درجه تیله نگردد زیراکه حرکت شانه بطرف قدام یاخلف موقعیت اصلی خطوط را تغیرمی نماید.

۶- خط شوکی Spinal Line خطی است که از بالای نتوات شوکی فقرات میگذرد .

۷- خطوط راست وچپ کتفی : Scapularlines : خطوطی اندکه از زاویه سفلی کتف شروع بطرف پائین موازی به Spinal line امتداد دارند . دروقت تعین خطوط کتفی دست های مریض بطرف پائین اویزان باشند.

درهر دوطرف Apex های شش یك ونیم انچ بالا تراز ترقره موقعیت دارند. طرف راست صدر درقدام توسط فص علوی ومتوسط وطرف چپ صدردرقدام توسط فص علوی اکثرا احتوا گردیده است .

درهردو طرف قسمت قدام صدرکم قسمت فص های سفلی درحصص قدامی جبنی وسفلی موقعیت دارند.

برعکس قسمت خلفی صدرتوسط فص های سفلی ویك قسمت کم علوی توسط فص های علوی اشغال گردیده است .

قبه حجاب حاجز طرف راست نسبت به قبه حجاب حاجز طرف چپ درحالت نورمال یك ونیم انچ بالاتر واقع است .

درحین تفتیش صدرباید نکات ذیل درنظر گرفته شوند .

۱ - شکل صدر . ۲ - تناظر صدر . ۳ - تحرکیت صدر . ٤ - تایپ تنفس .

٥ - موقعیت شزن .

٦ - Supraclavicular Fo ssa .

۷ - مسافات بین الضلعی .

۸ - Pegmentation ، ندبه و Rash در جدار صدر .

۹ - درجدار صدرموجودیت apex beat و دیگر نبضان ها.

۱۰ - شکل صدر : - درحالت نارمل صدرشکل بیضوی داشته وقطر قدامی خلفی نسبت به قطر مستعرض کمتر میباشد یعنی دربین این اقطاریك تناسب ٥/٣ موجود است . بصورت عموم صدر به دوشکل است

a- Asthenic Chest : این قسم صدر باریك وطویل است ونزد اشخاص لاغر وقدبلند (Ectomorphic) دیده میشود این قسم صدر درسندروم Marfan دیده میشود.

b- Sthenitic chest : این قسم صدرکوتا ووسیع بوده این قسم صدر در مردمان که قدکوتاه (mesomorphic) داشته باشد دیده میشود.

اشکال پتالوژیك صدر (1-2)

۱ - Barrel Shape chest (صدربیرل مانند) : - دربن قسم

صدر قطر قدامی خلفی باقطر مستعرض مساوی ویا قطر قدامی خلفی ازقطر مستعرض کلان گردیده وزاویه Leuis برجسته میگردد. این قسم صدر در مریضان Emphy sema دیده میشود.(۲)

۲- صدر کبوترمانند Pigon Shape chest : درین قسم صدرعظم قص یك برامدگی نشان داده وصدر به شکل سینه کبوتر به شکل مثلثی معلوم میگردد این قسم صدر در Juvinil Recket وانتانات متکرر تنفسی دیده شود (۱)

۳ - Funnel Shape Chest : درین قسم صدر قسمت سفلی عظم قص یك فرورفتگی نشان میدهد ودر نزد بوت دوزها بصورت کسبی دیده میشود وبعضاً بصورت ولادی نیز موجود شده میتواند .

٤ - Richetic Shape : درین شکـــل صـــدر درقسمت مفاصـل Costo Chondral تبارزات بنام Rickitic Rosary (دانه های تسبیح) موجود میباشد.

همچنان به امتداد حجاب حاجز یك فیرورفتگی که از xyphoid sternum الی خط متوسط ابطی امتداد دارد وبنام Harrison sulcos یاد میشود وجود دارد.

سوء شکل ستون فقرات

سوء شکل ستون فقرات قرارذیل اند :

۱ Scoliosis : - که درین حالت ستون فقرات به یك جانب انحنا داشته میباشد.

۲ Kyphosis : - درین سوء شکل ستون فقرات بطرف خلف برامدگی نشان میدهد.

۳ - Kypho Scoliosis - این سوء شکل ستون فقرات ازاشتراك دوشکل فوق بمیان می اید.

٤ - Lardo sis : درین سوء شکل ستون فقرات بطرف قدام انحنا داشته میباشد.

۲- تناظر صدر

صدر درحالت نارمل متناظر بوده اما درحالت مرضي میتواند که برامدگی (Bulging) ویا فرورفتگی (Retraction) داشته باشند.

Bulging درحالت ذیل دیده میشود (1-2) :

Massive Cardiomegaly Kyphosis , pneumothorax , pleural Effusion Intra Thoracic Tumure,

فرورفتگی (Retruction صدر در Collaps ریه ، Fibrose ریه ضخامه پلورا وعملیات های Thoracoplasty دیده میشود.

۳- **تحرکیت وتوسع صدر**:- درحالت نورمال هردوطرف صدربصورت مسا ویانه درفعل تنفس اشتراك میکند برای تعین اتساع صدر داشتن فیته ضروری میباشد.

برای تعین اتساع صدر عدد صفر فیته رابالای قسمت متوسط عظم قص قرارداده وفیته رادرمردها از بالای حلیمه شدیه ودرخانم هاپائین تر از

شدیه عبور میدهیم بعداً ازمریض خواهش میشود که شهیق عمیق وذفیرجبری را اجرا نماید ودرهردو صورت اتساع صدر رااندازه شده که درحالت نارمل 5-8cm میباشد در امفزیمای ریوی این تفاوت به یك سانتی متر ویاکمتر ازآن میرسد . همچنان درانصباب پلور Pneumothorax , Consolidation (تکاشف ریه)

Fibrose ریه وتمورهای داخل صدر این تفاوت کم میگردد .

تحرکیت صدر از قدام به خلف معاینه گردیده ودرحین معاینه داکتر باید بطرف پاهای مریض استاده شده وتحریك صدر رامشاهده نماید که بصورت مساوی ومتناظر حرکت میکند ویا خیر؟ دربسیاری امراض یك قسمت یا یك طرف سینه نظر بطرف دیگر کمتر حرکت می نماید . همچنان طبیب باید تعداد تنفس دریك دقیقه وتایپ ان درنظر داشته باشد. تعداد نورمال تنفس فی دقیقه از ۱۸ - ۲۰ میباشد .

همچنان ریتم Rhythem تنفس درنظر بوده که منظم است ویاغیرمنظم.باید ذکر گرددکه دربین تعداد تنفس ونبض نسبت ٤:۱میباشد

٤ - Type of respiration :

درحالت نارمل شهیق یك عمل فعال بوده وتوسط عضلات بین الضلعی وحجاب حاجز صورت میگرد . درحالیکه زفیریك عمل منفعل بوده ازباعث ارجاع دوباره والاستیکیت ریه هابطرف سره بوجود می اید .

درنزدخانم ها دراثنایی فعل تنفس بیشرعضلات بین الضلعی نسبت به حجاب حاجز درتنفس اشتراك میکند وتنفس زیادتر به شکل صدری میباشد

، برعکس درنزد مردها حجاب حایز درفعل تنفس بیشتر سهم گرفته وتنفس به شکل بطنی میباد. نزد اطفال هردوجنس تنفس بطنی میباشد.

دراثنای تفتیش حرکات تنفس Rate of Respiration در یك دقیقه نظم(Rhythem) تنفس وعمق تنفس توجه گردد.

طوریکه پیش ذکرگردید تعداد تنفس فی دقیقه نزد کاهلان ۱۸-۲۰ ونزد اطفال 35-40min نارمل تلقی میگردد . ازدیاد فعل تنفس را از حدنارمل بنام Tachypnea وتنقیص آن ازحدنارمل بنام Bradypnea یاد میگردد .

Tachy pnea درحالت جهد،تب،التهاب ریوی وپلورای دیده میشود.

Bradypnea درحالات استعمال دواهای Narcotic و درزمان خواب بوجود می آید.

تعین عمق تنفس ازنظر سریری مشکل بوده اما با آن هم از روی حرکات صدروحجاب حاجز تخمین میگردد . درصورتیکه Tachypnea با ازدیاد عمق تنفس همره باشد بنام (Hyperpnea یا Hyperventilation) یاد میگردد که درافات C.N.S وقرب الموت دیده میشود.

توقف تنفس رابنام Apnea یاد میکند . درفلج دوطرفه حجاب حاجز تنفس صدري وبطني برعکس میگردد ،اگر این فلج یك طرفه باشد یا دوطرفه باشد این قسم تنفس بنام Paradoxical Respiration یادمیشود.

اشکال غیر طبعی تنفس

۱- ChyneStokes Respiration یك شكل تنفس پيريوديك يادوره يی بوده كه باصفحات Apnea همراه ميباشد . در ابتدا تنفس سطحی بوده به تدريج عميق وسريع ميگردد تااينكه به حد اعظمی رسيده وبتدريج ازعمق وشدت آن كاسته شده تااينكه به صفحه Apnea رسيده وبعداً دوباره سيكل تكرار ميگردد .

صفحه 5-30Apnea ثانيه دوام می نمايند . اين نوع تنفس درعدم كفايه قلب عدم كفايه كليه ، نمونيايی شديد فرط فشار داخل قحفی وتسمم باادويه Narcotic ديده ميشود (2,1)

ميكانيزم : - در اول تنفس نظر به نورمال عميق وسريع بوده كه در نتيجه درخون شش ها سبب تنقيص Pco2 گرديده كه بعداز چند ثانيه اين خون كه دارای Pco2 كم ميباشد به دماغ رسيده وسبب نهی مركز تنفسی شده و Apnea بميان می آيد كه درحين Apnea بصورت تدريجی Pco2 خون ريوی بلند گرديده وبعدازچند ثانيه اين خون كه دارای Pco2 بلند ميباشد بدماغ رسيده وسبب تنبيه مركز تنفسی گرديده وسيكل تنفس دوباره تكرار ميگردد .

۲ Meningitic Respiration : - اين شكل تنفس ازنظر تعداد ونظم ثابت بوده اما توسط صفحات انی Apnea قطع ميگردد اين تنفس درافات C.N.S ديده شده اما بيشتر در مريضان Meningitis) ديده ميشود .

۳- Acidotic or Kussmal Respiration : - یك شكل وصفی (Hy Pervintilation است که درآن تنفس خیلی عمیق وسریع میباشد ودر حالات Acidosis دیده میشود.

۵- **شزن** Trachea

درحالت نارمل شزن بالای خط متوسط کمی بطرف راست تمایل دارد . باید ذکر گردد که تاوقتیکه شزن بی جا نشده باشد تعین موقیت ان مشکل میباشد . متود معاینه ان در جس ذکر میگردد.

۶- Supraclavicular Fossa

حفرات فوق الترقوی دربعضی امراض پر وبرجسته معلوم میگردد مثلاً در Emphysema ریوی ، درتمورهای Apical ریوی .

حفرات مذکور در Collaps و فبروز فص علوی بطرف داخل کش شده میباشد .

۷- مسافات بین الضلعی

درباره مسافات بین الضلعی نقاط ذیل مطالعه گردد .

a- Balging که در امفزیهای ریوی دیده شده یعنی ازیك طرف Bulging وازطرف دیگر مسافات بین الضلعی زیاد میگردد.

b- Receprocal movement : که در فلج عضلات بین الضلعی دیده میشود .

c- Pulsation : - که در Coartation ابهر دیده میشود که درین حالت شراین بین الضلعی به هایپر تروفی مصاب میگردد.

۱ - مطالعه تحقیقات کلنیکی مریض (Semiology) .

۲ - مطالعه تظاهرات کلنیکی امراض مختلف اعضای وجود ومیخانیکیت انکشاف انها .

۳ - مطالعه میتودهای تحقیقی لابراتواری.

٤ - تحلیل وتدقیق صحی معلومات جمع شده برای تشخیص درست .

۵ - یادنمودن تجارب تحقیقاتی وتداوی امراض .

درصورت انتخاب مسلك مقدس طبابت محصلین صنف سوم باید ارتباط مریض باطبیب ،وظایف ومسؤلیت های داکترکه بنام Deontology' طبی یادگردیده بدانند، که Deos یك کلمه یونانی به معنی وظیفه (وظیفه اخلاقی طبابت)میباشد.

مسلك طبابت درهرجا وهروقت یك مسلك بشردوستانه Humonis نجیب ، وپرازمسئولیت شمرده شده است زیرا که این مسلك زندگی وحیات مردم را حفاظت نموده ومردم را از عذاب درد وتکالیف رها می نمایند.

مسلك طبابت یك قهرمانی عظیم وازخودگذرمیباشد ، ونیزپاکی دل وروح یگانه ارزوی طبابت است مسلك طبابت میخواهد که طبیب باید بامریض دلسوزی وصله رحمی داشته ومریض راواز درد نجات بدهد، مسلك طبابت یك کار طاقت فرسا بوده یعنی طبیب باید شب ها بیدار خوابی ، اجرا نمودن .کارهای عملی ،متحمل شدن تکالیف ودرکار ها اراده قوی داشته باشد. هم چنان طبیب بایدهروقت اماده ودروقت ضرورت به کمك مریضی بشتابد.

۸ - Pegmentation ، ندبه و Rash درجدار صدر : -
درحادثات تموری ومرض Addisone جلد صدربه Pegmentation مصاب میگردد.

همچنان دروقت تفتیش ندبات عملیات ، اندفاعات ، نقاط نذفی درجلد صدر مدنظر باشد. Apexbeat یاشوك زروه یی قلب نیز درتفتیش مهم میباشد.

حبس Palpation

در موقع حبس کردن دست های داکتر باید گرم باشد بعداً کف دست بدون وارد نمودن فشار بالای جدار صدر گذاشته میشود وصدر ازقدام وخلف از بالابپائین حبس میگردد. حبس صدر بصورت مقایسوی صورت گیرد ، باید ذکر گردد که جس برای تحقق علایم تفتیش اجرامیگردد. نواحی که در جس صدر مد نظر باشد قرارذیل اند. (2-1)

۱- موقعیت شزن
۲ - وسعت صدر بطرف قدام ویاخلف
۳- Vocal fremetus
٤- Apexbeat(Localization)
۵ - Tenderness and repitation (Flactuation .
٦- Crepitation ویا Ronchi قابل حبس .

۱- جس شزن :- درحالت نارمل شزن بالای خط متوسط درحفره فوق القصی دراثنای شهیق عمیق قابل جس بوده وکمی بطرف راست متمایل

است.حبس شزن توسط يك انگشت ويا سه انگشت صورت ميگرد .

توسط يك انگشت قسمی حبس ميشود انگشت Index خود را بالای صفره فوق القصی گذاشته شزن راجس می نمايم وموقعيت انرا تعين می نمايم .

درصورت حبس باسه انگشت از انگشتان Index،متوسط وانگشت حلقوی (Ring) استفاده ميشودطوريكه انگشت شهادت (Index)وAnular (حلقوی) رابطرف راست وچپ بالای مفاصل قصی ترقوی گذاشته وانگشت متوسط رادرفاصله بين دوعضله قصی ترقوی درحفره فوق القصی گذاشته وانگشت متوسط رادرفاصله بين شزن جس ميشود . افاتيكه دران شزن كش (Pull)ميشودقرارذيل اند : -

١- Collaps ريه ٢ - Fibrose ريه .

حالاتيكه شزن دران تيله (Push) ميشود قرارذيل اند :

١ - نموتوركس ٣ - Upermediastenal Tumore .

Splinting شزن : - اگرشزن توسظ كولپس وفايبرورز بيجانگردد ويا توسط پلورل افيوژن بطرف مقابل تيله نگردد يعنی بجای خود قرار داشته باشد بنام Splinting شزن ياد ميشود .يعنی اگر به يك طرف فايبروزس وبطرف ديگر پلورال افيوژن موجود باشد موقعيت شزن تغير نميكند .

۲ - حرکت ووسعت صدر: - حرکات صدر بصورت دوطرفه حبس میگردد طوری که هردودست خود را بالای جدار صدر قسمی قرارمیدهیم که انگشتان Thumbبالای خط متوسط قرار گرفته وبعداً ازمریض خواهش میشود که تنفس عمیق اجرا نماید ودرین زمان فاصله انگشتان Thumb(انگشت کته)

را ازخط متوسط درنظر میگریم .درصورتیکه حرکات هردو طرف صدر متناظر باشند انگشتان Thumb از خط متوسط به یك اندازه معین دورمیشوند . برهمین ترتیب حرکات صدر را ازقدام وخلف ،ازعلوی ومتوسط وسفلي جس می نمایم .

حرکات صدر درحالات ذیل تنقیص می نمایند .

۱ - فایبروز ریه ۲- پلورال افیوژن. ۳- کولپس ریه

٤. consolidation - ٥Pneumothorax - ٦.Emphysema

۳ -جس زروه ریه ها (جس Apices) : - برای جس زروه های ریه مریض باید بحالت نشسته قرارگرفته راس مریض کمی به قدام متمایل باشد.

داکتر به عقب مریض قرار گرفته هردو دست خود را بالای شانه های مریض گذاشته قسمی که انگشتان ان بطرف قدام صدر قرار گرفته وانگشتان کلان (Thumb) را به ناحیه رقبی متوجه میسازد ودرین وقت

ازمریض خواهش میشود که تنفس عمیق اجرا نماید، درین وقت حرکات انگشتان را بصورت مقایسوی ملاحظه می نماید.

٤ - جبس زروه قلب Point of maximum Impulse- (P.MI)

برای جبس زرده قلب مریض بحالت نشسته ویا به وضعیت جنبی چپ خوابیده وذروه قلب توسط انگشت متوسط دست راست جبس میگردد.

درحالت نارمل P.MI بالای خط متوسط ترقوی طرف چپ یك سانتی متر انسي تر ازین خط درمسافه پنجم بین الضلعی موقعیت دارد.

دربعضی امراض تنفسی مثل انضباب پلورا ، نموتورکس ، فبروز ریه وسوء شکل صدر PMI بیجا میگردد.

٥ - جس اهتزازات صوتی (Vocalfremitus) : -

V.Fvemetins عبارت ازاهتزازات صوتی است که ازطریق قصبات ریتان به جدار صدر انتقال یافته وقابل جس میباشد.

برای جس اهتزازات صوتی کف دست های خود را بصورت متناظر وصمیمی به جدار صدر بالای نواحی مختلف قرار داده واز مریض خواهش میشود تاحروف طنین دار به صدای بلند ادا نماید مثلاً چهار - چهار ، چهار ،چهل وچار، وغیره که اهتزازات مولده ان توسط دست بالای صدر جس میشود.

Vocalfremitus درحالات ذیل ازدیاد می یابد: -

١-Consolidation ٢ -. Cavitation ٣- Collaps ریه باقصبه باز .

Vocal fremitoy درحالات ذیل تنقیص می یابد : -

۱ - پلورای ضخیم ۲- پلورال افیوژن . ۳ - فایبروز ریه .

٤ - کولپس ریه باقصبه بند ٥ - نوموتورکس (1.2)

Rhonchial fremitus : اهتزازات که ازقصبات بزرگتر منشه گرفته باشد ودرجدار صدر جس گردد بنام .Rhonchali Fremetus یاد میگردد.

Friction fremitus : اهتزازات که از مالیدن دوورق پلورا ویاازسبب Friction Rub جس شود بنام Friction Fremitus یاد میشود.

: Tenderness , Flactuation and crepitation

جدار صدر از سبب امراض التهابی حساس میشود مثلاً

Costochondritis {Tietze diseas) وکسور اضلاع (2-1)

زمانیکه درجدار صدر Absces بمیان بیاید تموج جس میگرددمثلاً Empyma necestance و Ostietis توبرکلوزیك اضلاع .

همچنان در Subcutaneus Emphysema اواز های مخصوصی جس میگرددکه بنام Crepitation یاد میگرد که این حالت در -Pene trating injury صدر دیده میشود.

دراخر باید گفت که درجس صدر عقدات لمفاوی نیز باید جس گردد وهمچنان نقاط دردناك صدر نیز مد نظرباشد.

قرع Percussion

قرع عبارت از وارد نمودن ضربه بالای یك قسمت ازعضویت میباشد که در اثر ان انساج عضویت به اهتزاز آمده وتوسط صدا به کوش میرسد . درزمان قرع صدر مریض باید بحالت نشسته ویا استاده قرار گیرد. قرع به دو نوع است (1,2)

۱- قرع مستقیم Direct percussion (قرع Immediat)
یاقرع بی واسطه عبارت از وارد نمودن ضربه مستقیم بالای عضویت است این نوع قرع تنها برای قرع فص علوی ریه بالای ترقوه استعمال میشود .

۲ - قرع غیر مستقیم Indirect percussion(قرع mediat)
(یا قرع باواسطه که درین قسم قرع ضربه بصورت غیرمستقیم بالای عضویت واردشده و Plexor و Plexometer در آن درحین قرع استعمال میشوند.

قوانین قرع قرارذیل میباشند (1.2)

ا- قرع ازناحیه ریزونانس (Resonance) بطرف ناحیه Dull اجرا گردد.

۲ - Plexometer (انگشت متوسط دست چپ) دروقت قرع بالای سرحد عضوه مربوط بصورت موازی گذاشته شود.

۳ - Plexometer در موقع قرع باید باسطح وجود بصورت صمیمی درتماس باشند

٤ - توسط Plexor (انگشت متوسط دست راست) به Phalynx متوسط plexometer از طرف راست ضربه واردشود .

۵ - توسط Plexor باید به Plexometer دودفعه ضربه وارد شده وبعداً وقفه داده میشود ،که درحین وقفه Plexor با plexometer درتماس نباشد.

٦- دروقت قرع مفصل Wrist ومفاصل انگشتان حرکت نمایند .

۷ - خط قرع باید بالای سرحد عضوه قرع شده عمودی ومنطبق باشد.

اقسام قرع

a - درحالت نورمال ریتان ازنظر قرع Resonance میباشد.

یعنی Resonance عبارت از صدری است که درحالت نارمل ازقرع نواحی مختلف ریتان بوجود می اید .

b- فرط وضاحت Hyper resonance : زمانی گفته میشود که نسج ریه نسبت به حالت نارمل بیشتر صدا داشته باشد مثلاً در امفیزیم ریه و Pneumothorax .

c - Tympanic (طبلیت) : در وقایعی گفته میشود که فرط وضاحت شدید باشد. درحالات که احشا دارای هوای زیاد باشد مثلاً درحالت نارمل درحین قرع بالای جوف هوای معده این صدا بوجود می آید

d- Impaired notes : - این قسم قرع درسرحد ریه وعضوه سخت موجود میباشد مثلاً سرحد علوی جگر ویا سرحد قلب باشش .

e- Dullness (صمیت) : در صورتیکه قرع بالای احشای سخت ومملو شده صورت گیرد بوجودمی اید مثلاً قرع قلب وکبد.

F . Stony dull note : - این قسم قرع حالت پیشرفته

Dullness بوده وبالای مایع موجود میباشدودرحالات ذیل دیده میشود.

۱ - پلورال افیوژن. ۲ - حبن Ascites .

متود های قرع شش ها

متودهای قرع قرار ذیل اند (1-2)

درقرع ریتان باید همیشه یك نقطه به نقطه دیگر مقایسه شود. صدر باید در قسمت قدامی ، خلفی ووحشی قرع گردد.

قرع قدامی : - درین قرع باالترتیب زروه ، Infraclavicular Fossa , Clavicles وقسمت قدامی صدر قرع گردد ، دروقت قرع باید Plexometer از اصمیت قلب دورباشد ، وسرحد علوی جگر درموقع قرع اول تعین ونشانی شود.

برای قرع Apical راس مریض بطرف مقابل منحرف شده و Plex-ometer بالاتر از قسمت متوسط سوم ترقوه نهاده وقرع اجرا میگردد.

برای قرع ترقوه انگشتان ازترقوه بالا وپائین نهاده تاجلد بالای ترقوه ثابت بماند بعداً ترقوه بطریق مستقیم بدون Plexometer قرع میگردد.

قرع خلفی : - درین قرع مریض بالای بستر نشسته دست های خود را درقدام سینه یکی بالای دیگر بشکل Cross به شانه ها میرسانند بعداً قرع خلفی به ترتیب اجرا میگردد.

قرع وحشی : -

درحین اجرای این قرع دست های مریض بالای راس نهاده بعداً

قسمت های وحشی صدر ازبالا بپائین قرع میگردد .

Dullness قرع درحالات ذیل دیده میشوند (2-1)

۱ - پلورای ضخیم . ۲ - کولپس ریتان . ۳ - کانسولیدیشن .
٤ - پلورال افیوژن .

Hyper resonance قرع درحالات ذیل دیده میشوند.

۱ - Emphysema ۲- Pnenmotherox .

۳ - Skodiac Resonance (کمی بلند تر ازسرحد پلورال افیوژن)

این قسم ریزونانس از سبب موجودیت مقدار زیاد هوا بالای مایع که به شکل تدریجی موجود میباشد بمیان می آید.

تعین حرکت دیا فراگم

مریض دربسترنشسته ودست های آن به شکل Cross به شانه ها رسانده میشوند وازمریض خواهش گردیده تا ذفیر جبری رااجرا نموده که درین وقت قرع صدر درپشت ازبالا بپائین صورت گرفته تا که ناحیه ریزوسانس به Dull تبدیل شود . بعداً از مریض خواهش میشود که شهیق جبری رااجرا نموده وبرای چند ثانیه نفس خودرا قید نماید ، درین وقت تکراراً قرع اجرا نموده تاکه ناحیه ریزرنانس به Dull تبدیل گردد ،این سرحد رانیز نشانی شوند . فاصله بین سرحد اولی نشانی شدهٔ و دوهمی نشانی شده حرکت دیا فراگم را وانمود میسازد .که درحالت نورمال 3-2 سانتی متر میباشد (۲)

اگر Amebic abscess جگر موجود میباشد حرکت قسمت قبه دیا فراگم طرف راست ازبین میرود هم چنان تشوشات عصب Phrinic حرکات دیافراگم مربوط رامغشوش میسازد.

Myaldema نزد مریضانیکه امراض وخیم را گذاشتانده باشد اگر قرع بالای عظم قص اجرا گردد عضلات صدر تقلص نموده که این تقلص عضلات از سبب تخریشت عضلات بوجودمی آید که این حادثه بنام Myaldema یا Myotatic Irritability یاد میگردد).(1-2)

اصغا Auscultation

اصغا یك عملیه است که برای تثبیت اواز های وجود ازان کارگرفته میشود وبدوشکل اجرا میگردد . (۲)

۱ - **توسط گوش** : درین شکل طبیب گوش خودرابه تماس جدار صدر مستقیماً آورده وآوازهای که درشش موجود اند شنیده میشوند . لیکن درحال حاضر از سبب انتقال امراض جلدی و نسبت یك عملیه مشکل ازان استفاده نمی شوند.

۲- **توسط ستاتسکوب** : - ستاتسکوب دراخرخود دوساختمان داشته که یکی ان دیافراگم که برای اصغاء آوازهای Low pitch استفاده میشوند. دروقت استعمال دیافراگم باید دیافراگم بالای جلد درتماس باشد . اگر بالای Bell فشار وارد شود وظیفه دیافزاگم اجرامی نماید ونیز ستاتسکوب باید باسوراخ های گوش خوب توافق داشته تا که ازداخل شدن آوازهای خارجی ممانعت نموده وازطرف دیگر برای داکتر تکلف

میدانیم که مسلك طبابت پرکاری زیاد را دربردارد ، پس محصل طب باید برای یاد نمودن موضوعات اماده باشد که درآینده اجرای آنها به او ارتباط دارد .

موفقیت درتداوی مریض به Authority خوب طبیب ارتباط داشته و Authority تنها به جانفشانی ارتباط نداشته بلکه به دانای زیاد نیز ارتباط دارد.

طبیب خوب باید به تمام مسایل دانا بوده وهمیشه کتاب ها ی نو، مجلات به ارتباط مسلك خویش مطالعه نموده ودرکنفرانس ها ومجالس طبی اشتراك نمایند.

یك طبیب باید دروقت حساس به گفتار محصلین گوش نهاده وحقایق را بشنود واطمینان واراده خویش را هیچ وقت ازدست ندهد، هم چنان درامراض عاجل درحین تداوی به مریض تلقین شفارا اطمینان بدهد ونیز اعتمادرا به پرسونل خویش انتقال بدهد.

اطمینان قوی داکتر باید به دانای و تجربه زیاد استوار بوده وبه حس خودخواهی ارتباط نداشته باشد. وضع ظاهری داکتر بامریضان درشفاخانه بایدبسیارخوب بوده،زیراکه وضع وسلوك ظاهری بدبامریض عواقب نامطلوب را بار می آورد.

گپ زدن بلند دراطاق های مریضان ، خندا نمودن سبب ناراحتی مریضان شده واسباب گریختن مریضان را از شفاخانه رافراهم میسازد. دروقت کارعملی باید محصلین شورماشور نه نموده وهمیشه کوشش شودکه

ده نباشد.

ستاتسکوب باید از ۲۰ انچ (۵۰ سانتی متر) طویل نبوده و درحین اصغا باید اطاق خاموش باشد. اگر بالای موی صدر دروقت اصغا ستاتسکوب رافشار داده اواز های مثل Rall شنیده میشود .

دروقت اصغا مریض بالای بستر تخته به پشت خوابیده وصدران برهنه گردیده وصدر قدامی اصغا میگردد .

برای اصغاء صدرخلفی مریض دربستر نشسته وصدرخلفی اصغا میگردد .

اگر مریض ضعیف ویا طاقت نشستن راندارد به یك پهلو خوابیده وطرف مربوط رااصغا وبعداً به پهلوی دیگر خوابیده وصدر مربوطه اصغا میگردد . دروقت اصغا دهنی مریض باز بوده وتنفس عمیق را اجرا نماید (باز نمودن دهن دروقت اصغا سبب ازبین بردن آوازها میگردد که از بینی .

۱- شدت آوازهای تنفسی :

شدت آوازهای تنفسی درهردو طرف صدر بصورت مقایسوی توسط

اصغادریافت گردد .

۲ - خاصیت وکرکتر آوازهای تنفسی : از نظرخاصیت آواز های تنفسی به سه قسم اند

a - Vesicularbreathing آواز هاي تنفسی حویصلی .

b- Broncho Vesicular breathing آواز های تنفسی حویصلی قصبی .

c- Bronchial breathing آواز عای قصبی .

a - Vesicalar breathing : این قسم آواز ها ازعبور هوا از قصبات خوردواسناخ بوجود می آید این آواز Soft و وصف Rustling. (عبور هوا ازبین برگ درختان) را دارد ودر صدر نارمل شنیده میشود Vesicular breathing چار وصف ذیل را دارا میباشند.

۱ - ذفیران نسبت به شهیق کوتاتر است .

۲ - شهیق نسبت به زفیرخشن تر (Harsh) است.

۳ - بین شهیق وزفیروقفه (pause) موجودنیست.

٤ - وصف Rustling را دارد .

Vesicalar breathing باذفیر طویل در انسداد طرق تنفسی (Asthma) موجود میباشد.

b-Bronchis Vesicalari breathing درحالت نارمل عبارت ازعبور هوا ازقصبات که نزدیك جدار صدر باشد ویا بصورت سطحی قرار دارد بوجود می آید.

این آواز درقسمت های ذیل خوب شنیده میشوند.

۱ – Intra Scapular region ۲ – Apex of Right Lung .

درحالت پتالوژیك بالای قسمت التیام یافته مزمن شنیده میشود .

۳ – Bronho Vesicular – دارای اوصاف ذیل اند. (1-2)

a– شهیق وذفیران خشن است .

b– صفحه ذفیران طویل است .

c – وقفه کوتا بین شهیق وذفیرموجوداست .

این آواز بنام Visico bronchial Sound . نیز یادگردیده زیرا درشهیق وصف Vesicular (حویصلی) ودرذفیر وصف قصبی رادارد(1-2)

C- Bronchial breathing : این آواز ازسبب عبور هوا ازشزن وقصبات اساسی درحالت نارمل بوجود می آید ودرناحیه Manibrium Sterni ، فقره چارم ظهری درخلف عنق در تحت موها خوبتر شنیده میشوند. درحالات مرضی مثل Consolidation, Cavitation ریوی و Collaps ریه که با قصبه بازدرارتباط باشد شنیده میشود.

Bronchial breathing اوصاف ذیل را دارند (۱–۲)

۱ – وصف وزیدن (Blowing) یا Hollow را دارد یعنی مثلیکه در مشك هوا پوف شوند .

۲ – صفحه ذفیرنسبت به شهیق طویل تر است .

۳ – ذفیر نسبت به شهیق بسیارخشن وشدید است .

٤ - وقفه بین ذفیروشهیق موجود است .

انواع Bronchial breathing : اقسام ذیل را دارند (۱-۲)

۱ - Tubular Sound که در Consolidation موجود میباشد .

۲ - Covernous Sound که درکهف ریوی شنیده میشود .

۳ - Amphoric sound که در Pneumothorax باز شنیده میشود ووصف عبور هوا راازبوتل رادارد .

آواز های تنفسی درحالات ذیل شدیداً متناقص ویا معدوم میگردد .

۱ - پلورای ضخیم . ۲ - پلورال افیوژن . ۳ - نموتورکس . ٤ - بندش قصبه . ٥ - فابیروز ریوی .

٦ - کولپس ریه باقصبه مسدود . ۷ - جدارضخیم صدر .

آوازهای اضافی Added sounds

آواز های اضافی تنفسی به دونوع است (1-2)

۱ - Extra pulmanary (آوازهای خارج ریوی)

۲- Pulmonary (آواز های ریوی)

۱ - آواز های خارج ریوی Extra pulmonary :

معمولترین این آوازها عبارت از Pleural Rub میباشد که شباهت به مالیدن دو وریقه چرم دارد .

وصف ان Creaking یا Rubbing میباشد وبرای تشخیص تفریقی Crepitation نقاط اتی مد نظر باشد.

۱ - پلورال Rub با سرفه تغیر نمیکند

۲ - شدت آن با ا لتصاق صمیمی ستاتسکوپ با جدار صدر وتنفس عمیق افزایش میابد.

۳ - Plural Rub نظر به Crepitation زیاتر موضعی میباشد

٤ - Pleural Rub درشروع ذفیر وشهیق موجود میباشد. این اواز برای پلوریزی علامه مهم فزیکی میباشد ، وقتیکه بعداز التهاب پلورامایع در جوف پلورا تولید شود این آواز ازبین میرود.

Pleural Rub سه قسم است که عبارت از Medium , Fine و Coarse میباشد.

آوازهاي اضافي ريوي: Pulmonary addedsounds.

a– Ronchi آواز دوامدار است که از اثر عبور هوا از قصبات متضیق بوجود می آید که این تضیق ازاسباب ذیل بوجود می آید .

۱ - اذیمای غشای مخاطی قصبات .

۲ - Spasm عضلات ملساء جدار قصبات .

۳ - بلغم سخت و mucoid در داخل قصبه که در وقت تنفس اهتزاز نموده وسبب تولید آواز میگردد..

رانکای سه قسم است (1-2)

۱- Sibilant Ronchi که وصف Pitche بلند رادر دارد .

۲ - Sonorous Ronchi که وصف Low Pitch را دارد .

۳ - Medium Pitch که دارای Frequency متوسط

میباشد.

Ronchi در Bronchitis , امفزیما واستما قصبی موجود میباشد.

b- Wheeze: عبارت از High Pitch رانکای بوده که درصفحه ذفیر شدید شنیده شده وبعضاً بدون ستاتسکوپ نیز شنیده میشود.

c -Stridor : این آواز در صفحه شهیق بهتر قابل سمع بوده وازسبب انسداد حنجره تولید میگردد.

d- Crepitation (Crakles) ازجمله آواز های مرطوب ومتقطع است که وصف جوش خوردن یا Bubbling ووصف جز جز (Crackling) را دارد.

که از سبب موجودیت مایع یامخاط درقصبات خورد یا اسناخ بوجود می آید.

اقسام Crepitation.

۱ - Fine Cripitation : از سبب جدا شدن جدار اسناخ مرطوب بوجود می آید ودر اخر صفحه شهیق شنیده شده وصف Crack-ling (جز جز) را دارد. معمولاً درصفحات مقدم Pneumonia وعدم کفایه قلب بوجود می آید (2-1).

۳- Medium Crepitation : - ایــن آواز درقصبــات خــورد تولید شده دراخر صفحه شهیق وشروع ذفیرقابل سمع میباشد.

قسم اول ودوهم را بنام رال های مرطوب (Moist)یاد می نمایند.

۳ - Coarse Crepitation : - ازسبب ترقیدن حبابات مایع درقصبات متوسط بوجود می آید وبدوقسم است (2-1)

a- درقصبات متوسط از Bubbling افرازات بوجودمی آید ودر Bronchitis و Bronchectasis شنیده میشود.

b- عبارت از آواز انی Snap بوده که از جداشدن جدارسخت درشروع شهیق شنیده میشود وبه اساس همین میخانیکیت در Fibrosing Aiveolitis شنیده میشود. موجودیت این قسم آواز به توبرکلوز پرانشیم ریوی دلالت میکند .

Others Sounds دیگر آواز ها

۱ - Splashing sound (Hipocratic Succusion) : -

درموجودیت Hydropneumothorax اگر یك پیسه بالای پیسه دیگر درقدام صدر تکانده شود درعقب صدر یك آواز Metalic Ting ling درحین اصغاشنیده میشود (۱)

Post Tussive Crepitation : عبارت از Crepitation است که بعد از سرفه شنیده میشود موجودیت این قسم آواز به توبرکلوزپرانشیم

ریوی دلالت مینماید .

اهتزازات صوتی Vocal Resonance (V.R)

به منظور اصغا Vocal Resonance از مریض خواهش میشود که چهار ، چهار راتکرار نماید درین وقت صدر ازطرف پشت اصغا میگردد . این آواز در نزد مردها وزنان ازنظر شدت فرق میکند .

Vocl Resonance به اشکال ذیل میباشد (1-2)

۱ - BronchoPhony (B.P.h) هرگاه V.R نظریه حالت نارمل شدید شنیده شود بنام B.Ph یاد میشود.

V.R درحالات ذیل ازدیاد می یابد: -

۱- Consolidation . ۲ - Cavitation ۳ - Collaps ریه باقصبه باز .

۲- Whispering Pctoriloquy : - درین حالت ازمریض خواهش میشود تایك عدد یا کلمه را به آواز خفیف (پس پسك) ادا نماید یعنی پس پس کند. درین صورت این کلمات بسیار واضح وبلند در صدر شنیده میشود مثلیکه مستقیماً درگوش معاینه کننده سخنی گوید .

این علامه زیاتر درشکاثف ریوی (Consolidation) قابل دریافت

میباشد .

۳- D. Espine Sign : اگر در اطفال و کاهل ها TB media Stenal lymphadenitis موجود باشد .

Bronchial breathing درکاهل ها بالای چارم ،پنجم وششم فقرات ظهری ودراطفال بالای اول ، دوهم وسوم فقرات ظهری شنیده میشود که این را بنام D. Espine Segn یاد می نمایند. (1-2)

٤ - Aegophony : -

شباهت به حرف زدن در بینی رادارد.این قسم آواز درقسمت بالای سرحد مایع وزیاتر در زاویه سفلی Scapula شنیده میشود. هرگاه مریض حرف E تلفظ نماید توسط اصغا A شنیده مشود (2-1)

علایم فزیکی وصفی دربعضی امراض تنفسی

۱ - تکاثف ریوی Consolidation :

تفتیش : حرکات صدر درطرف ماوفه تنقیص نموده وبه نسبت موجودیت درد صدر ، صدرطرف ماوف کمتر حرکت میکند ،موقعیت شزن تغیر نکرده و PMI به حالت نارمل قرار دارد.

جس : - درجس اهتزازات صوتی افزایش میا.

قرع : - باقرع درناحیه ماوفه Dullness موجود میباشد .

اصغا : - Tubular Sound قابل سمع میباشد (2)

۲- Pneumothorax - **نموتورکس**:

تفتیش : حرکات تنفس صدری درطرف ماوف نظر بطرف سالم متناقص ویا معدوم میباشد. منصف بطرف مقابل افت بیجاشده که بابیجاشدن PMI وشزن مترافق میباشد.

جس : - باجس اهتزازات صوتی درطرف ماوف متناقص یا معدوم میباشد .

قرع : - باقرع فرط وضاحت ویاطبلیت موجودمیباشد.

اصغاء : - آواز های تنفسی متناقص یا معدوم بوده وگاهی هم درصورتیکه نموتورکس باز موجودباشد آواز های قصبی با طنین بلند یعنی به شکل Amphoric sound شنیده میشود .

۳ - **Pleural Effasion :**

تفتیش : - حرکات صدر درطرف ماوفه نظر به وسعت افت متناقص یامعدوم میباشد. منصف بطرف مقابل آفت بیجا شده که بابیجاشدن شزن و PMI مترافق میباشد.

جس : اهتزازات صوتی متناقص بوده وشزن و PMI بطرف مقابل آفت بیجا شده میباشد .

قرع : باقرع Dullnesis ویا ممکن Stony Dullness دریافت میگردد .

اصغاء : - آوازهای تنفسی متناقص بوده ویامعدوم میباشد وگاهی هم

مریض ازشفاخانه درحالت خوشحالی مرخص گردد. به توصیه داکتر مریض متوجه وپابند میباشد اما اگر داکتر درباره منع سگرت کشیدن توصیه می نماید وخودش در روی مریض سگرت میکشد ، توصیه اش بی تاثیر میباشد.

میدانم که Authority داکتردرمقابل مریض مربوط به سلوك وپیش آمد او میباشد اگر درباره مریض داکتر بی تفاوت باشد اعتماد خود را ازدست داده ودرنتیجه سبب پیشرفت مرض مریض میگردد . اگر داکتر درنزد مریض قابل احترام و دارای Authority خوب باشد سبب شفاء مریض شده ونتیجه تداوی ان مثبت میباشد. دروقت Visitمریض باید داکتر بامریض همدرد بوده ودرباره شکایات ان پرسان های مفصلی را ایرادنماید وبه سوالات مریض بصورت دقیق ومثبت جواب داده ومردمان که مسلکی نباشد دروقت visit از اطاق مریض خارج باشد. (بعضی وقت موجودیت اقربای نزدیك دروقت Visit ضروری میباشد).

داکتر باید مریض را ازهرنگاه تقویه نموده وبعضی علایم شفا(خوب شدن اشتها، ازدیاد وزن ،ازبین رفتن تب واصلاح شدن بعضی علایم لابراتواری) ،برایش اطمینان بدهند وهیچ وقت در باره وخامت مرض به مریض حرفی نگوید . بعضی وقت مریضی مریض را با مریضی دیگر مریض مقایسه نموده وبرایش تلقین می نماید که مریضی اش نظر به مریض دیگر خوب شده وبه اینترتیب مریض درباره مریضی خویش تشویش نمی نماید.(۷)

درسرحد علوی انصاب مایع Aegophony قابل سمع میباشد (2) .

٤ - Collaps Oflung

تفتیش : حرکات قفس صدری بطرف مادوف تنقیص میکند ومنصف بطرف افت کش میشود که باکش شدن شزن و PMI همراه میباشد.

جس : شزن و PMI بطرف افت بیجا شده واهتزازات صوتی در طرف ماوف تناقص می نماید.

قرع : - طرف ماوف اصمیت نشان میدهد .

اصغاء آواز های صوتی تنفسی متناقص یا معدوم میباشد. آواز های اضافی تنفسی موجود نیست (2)

٥ - Emphy Sema ریوی :

تفتیش : - صدر مریض متوسع بوده ،مسانه بین الضلعی زیادمیباشد، حرکات صدر بصورت دوطرفه متناقص میباشد. قطر قدامی خلفی صدر تزاید کسب کرده یعنی شکل بیرل مانند کسب می نماید . منصف موقعیت طبعی خود را دارد.

جس : اهتزازات صوتی نارمل ویا کمی متناقص میباشد.

قرع فرط وضاحت دوطرفه موجود بوده حجاب حاجز ازموقعیت عادی خویش پایان تر قرار دارد.

اصغاء : - آواز های صوتی نارمل بوده ویا کمی متناقص میباشد . آواز های Vessicular تناقص نموده ذفیرطولانی ترمیگردد ودرصورت مداخله انتان Crepitation قابل اصغا میباشد (2) .

معاینات متممه سستم تنفسی

معاینه تقشع : - جهت معاینه بلغم باید بلغم مریض جمع گردد . بلغم مریض باید قسمی گرفته شود که با افرازات فمی ملوث نگردد .

بهتراست نمونه بلغم ازطرف صبح گرفته شود . اگرتوبرکلوز ریوی قابل شك باشد باید معاینه محتوی معده برای سه روز متواتر صورت گیرد.

بلغم گرفته شده باید بصورت مستقیم یا gross توسط چشم معاینه گردیده و تفلسات آن ازنظر کرکتر بیان گردد.

همچنان بلغم باید از نظر Microscopic مطالعه گردد که درین معاینه باکتریا حجرات خبشه اگر دربلغم موجود باشد در یافت گردد.

همچنان یك نمونه باید جهت تلوین گرام وکلچر به لابراتوار فرستاده شود وجهت دریافت حجرات کانسری باید نمونه بلغم ازنظر Cytology مطالعه گردد. حجرات کانسری دربلغم مریضان مصاب

Squamuscell carcinoma قصبات بزرگ میباشد دیده میشود(2)

بعضاً درامراض الرژیك مثلاً استمای قصبی و Pneumonia که توسط پرازیت ها بوجود می آید حجرات Esonophile دریافت شده میتواند. (4)

رادیو گرافی صدر Chest X-ray

رادیوگرافی صدربخش عمده معائنات متممه راتشکیل میدهد نقاط که در معاینه Radio graphy صدر درنظرباشد قرار ذیل اند:

۱ - کثافت فلم : یك فلم مناسب وقتی گرفته میشود که مریض از تیوب X-ray بفاصله دومتر قرار داشته باشد.

۲ - صدر باید متناظر باشد وموقعیت شزن باید در نظر گرفته شود، دیده میشود که درمرکز منصف قرار دارد یا خیر . همچنان تغیردر شکل وسایز قلب وتناسب بین قلب وصدر یا Cardio thoracic Ratio مده نظر باشد . که درحالت نارمل کمتر از 50% میباشد.

۳ - ساحه ریوی درسه قسمت مطالعه میشود.

Upper Zone -a : که ازقسمت ذروه ریه الی حافه سفلی ضلع دوم را درقدام احتوا میکند.

Medal Zone -b : - که از حافه سفلی ضلع دوم الی حافه سفلی ضلع چارم را احتوا می نماید.

Lower Zone-C : - که از خافه سفلی ضلع چارم الی حجاب حاجز وحتی زاویه سفلی ضلعی حجاب حاجزی costophrinic angle را در برمیگیرد

هم چنان موقعیت حجاب حاجز درنظر باشد که درحالت نارمل حجاب حاجزطرف راست به اندازه ۲,۵

سانتی متر نظر به حجاب حاجز طرف چپ بلند تر قرار دارد .

هم چنان موجودیت جوف هوای معده درطرف چپ مده نظرباشد.

d- دروقت مطالعه X-ray صدر عظام صدر باید ازنظر Osteoporosis وکسور اضلاع وتخریبات حافه سفلی اضلاع (که در Coartation ابهر دیده میشود)مورد مطالعه قرارگیرد.

e- بالاخره منظره عمومی صدر موجودیت وعدم موجودیت شدیه ها واقسام رخوه باید مطالعه شود. (6-1)

برانکوگرافی Bronchography

بعداز anasthesia انستیزی موضعی مواد رادیو او پك Radio Opaque داخل شزن وقصبات گردیده ورادیوگرافی اجرا میگردد که توسط این رادیوگرافی اناتومی قصبات بصورت واضح نمایان میگردد . معمولاً برانکوگرافی به منظور تشخیص Bronchectasis (توسع قصبات) صورت میگیرد .

توموگرافی Tomography

بااین متود رادیوگرافی نسج ریه به عمق های مختلف صورت گرفته میتواند. ازین طریقه عموماً به منظور تشخیص کهف ها (Cavities) وتضیق یك قصبه توسط تومور استفاده میگردد.

برانکوسکوپی :- Bronchoscopy

توسط اله که بنام برانکوسکوپ Bronchoscope یادمیگردد قصبات بزرگ وشعبات آن ها مستقیماً توسط چشم تفتیش میگردد همچنان توسط این اله بیوپسی نیز اجرا شده میتواند .

Bronchoscopy بیشتر برای تشخیص Bronchoginic Carcinoma که ایا قابل عملیات است یا خیر استفاده میشود.

بابوجود آمدن Fibro optic broncho Scopy قصبات کوچك نیز قابل مشاهده بوده وزمینه لواژ جهت معاینه سایتولوژی رانیز مساعد گردانیده است (5)

بزل پلورا pleual Aspira tion

کشیدن مایع از جوف پلورا توسط یك سوزن که قطر نسبتاً بزرگتر داشته باشد بنام بذل پلورا یاد میشود. برای این منظور نواحی ضلع هفت وهشت توسط مواد antiseptic پاك نموده و بعداً تحت شرایط معقم نواحی ضلع هفت ویا هشت را (جلد) انستیزی موضعی (Novocain) داده و سوزن که قطره بزرگتر داشته باشد درکنار علوي ضلع هفت ویا هشت با لا ی خط ابطی ضلعی بصورت عمودی داخل صدر می نمایم ودرصورت موجویت مایع، مایع از جوف پلوراتوسط سرنج خارج میگردد. این عملیه را بنام Pleural Tap نیز یاد میکند ازین عملیه جهت تشخیص و تخلیه استفاده شده میتواند. به منظور تشخیص به اندازه ۵۰ ملی لیتر مایع از جوف پلورا خارج گردیده که این بذل را بنام بذل تشخیص می نامند.(۱)

در صورتیکه مقدار مایع در جوف پلورا بسیار زیاد باشد وسبب عسرت تنفس نزد مریض گردد ، درین صورت برای تداوی عسرت تنفس مریض به مقدار ۱۰۰۰-۵۰۰ ملی لیتر مایع خارج گردیده میتواند که این شکل بذل را بذل تخلیوی می نامند (۶-۱)

مایع که خارج میشود ازنظر macroscopic و micro scopic بیوشیمیك Biochemic , وهستولوژیك مورد مطالعه قرارگیرد .

وباید دانسته شود که مایع Transodate ویا Exodate است

فرق بین مایع Transodate و Exodate .

رنگ ،مواد ونسبت ها	Exodate	Transodate
رنگ	زرد کاهی یاتیره	بیرنگ
Protien پروتین	>3g/100 ml	<3g/100ml
L DH مایع پلورا / L DH سروم	>0,6	<0,6
Proteen مایع پلورا / protion سیروم	>0,5	<0,5
کثافت مخصوصه	>1018	<1018
سویه L D H	>200Iu/L	<200Iu/L

درCarcinoma ریه ، احتشایی ریه ، ترضیضات ، Hemor- rhagic diathesis مایع خونداردرجوف پلورا بوجود می آید، مایع که از سبب TB بوجود می آید عموماً Exudate بوده که حاوی حجرات زیاد التهابي میباشد . که اکثریت آنرا Lymphocyte تشکیل میدهد درین مایع باسیل TB نادراً یافت شده میتواند اما کلچران اکثراً

مثبت میباشد. درحادثاتیکه از سبب التهاب بوجود آمده باشند مایع پلورا حاوی مقدار زیاد حجرات پولي مورف نوکلیرمیباشد. درEmpyema (موجودیت قیح درجوف پلورا) قیح بذل گردیده که حاوی مقدار زیاد WBC و مکروارگنیزم ها میباشد.

درصورتیکه بامعاینات فوق تشخیص وضع نگردد بیوسپی پلورا اجرامیگردد.

این عملیه بدوطریقه صورت میگرد : Needle biopsy که توسط سوزن مخصوص پارچه گرفته میشود.

Open biopsy که بصورت مستقیم از نسج پلورا پارچه گرفته میشود.

باید ذکر گردد که تست هایی وظیفوی ریه ، تعین سویه گازات خون نیز از جمله معاینات متممه بوده که درتشخیص امراض تنفسی اهمیت زیاد دارند.

فصل سوم

اعراض وعلایم عمومی مریضان سستم قلبی دعایی

Common maniffestation of cardiovascular System

یك تعداداعراض بین مریضان قلبی و عای وسستم تنفسی مشترك میباشد که درین جااعراض مذکور ازنظر سستم قلبی وعایی تحت مطالعه قرار میدهیم (۲)

۱ - عسرت تنفس Dyspnea' : -

عبارت از جهد تنفسی است که جهت رفع تهویه ناکافی صورت میگرد در نزد مریضان قلبی اکثراً درمراحل ابتدایی عسرت تنفسی جهدی بوده یعنی بعداز فعالیت فزیکی بوجود می آید امادر مراحل پیش رفته عسرت تنفس درحالت استراحت نیز موجودمیباشد.

عسرت تنفس عرض عمده عدم کفایه قلب چپ است اما درنزد مریضان

عدم کفایه قلب راست وعدم کفایه عمومی قلب نیز بوجود می آید.

به شکل تیپیك مریضان عدم کفایه قلب سریع وسطحی تنفس نموده واستعمال عضلات اصافی تنفسی و Wheezeدرآن بسیار کم میباشد دروقت اذیمای ریه Wheeze متبارز میباشد.

عسرت تنفس نزدمریضان قلبی به سه میخانیکیت ذیل تاسس می نماید(٥ ، ٦)

1- *تنقیص دهانه قلبی* lowcardiac out put :

زمانیکه دهانه قلبی تنقیس نماید درنتیجه جریان خون دماغی کم گردیده ودرمرکز تنفص Ischemia تاسس می نماید .که به این واسطه مرکز تنفسی تنبیه وسبب عسرت تنفس میگردد . باید بخاطر داشته که تنقص دهانه قلبی یگانه میخانیکیت عسرت تنفس نزد مریضان قلبی نمی باشد زیرا دریك تعداد واقعات که مریضان دهانه قلبی زیاد دارند نیز نزدشان عسرت تنفس موجود میباشد.

۲ - احتقان ریوی Lung Conges tion درعدم کفایه قلب ودیگر امراض که سبب احتقان ریوی میگردد. بصورت میخانیکی تشوش انقباض وانبساط ریوی را سبب میگردد که درنتیجه عسرت تنفس بوجود می آید.

۳ - تنقیص O2 و ازدیاد CO2: - درمریضان قلبی وعایی اکثراً درتبادله گازات تشوش رونماگردیده که علت ان احتقان ریوی میباشد.

که درین حالت اخذه های که در شریان ثباتی وابهر قرار دارند ابتدا درمقابل Hypoxiemia وبعداً درمقابل Hypercponia حساسیت نشان داده وتنبیه میگردند که با تنبیه انها ازطریق مرکزی عسرت تنفس

بوجود می آید. (٦)

Orthopnea

عبارت ازیك شكل عسرت تنفسی است که به استجاع ظهری نزد مریضان تولید میگردد که اکثراً توسط استعمال دو یاسه بالشت ویابه وضعیت نشستن از بین میرود میخانکیت تولید ان بدودسته تقسیم میشوند (6-9)

a – **احتقان ریوی** : - مریضان مصاب عدم کفایه قلب چپ عموماً بوضعیت نشسته قرار میگرد ، زیرا درین وضعیت جریان دموی بطرف اطراف زیاد و در راس وتنه کم میگردد که به این ترتیب احتقان ریوی نیز کم میگردد. وزمانیکه مریض بوضعیت استجاع ظهری قرار میگرد جریان دموی بطرف راس وتنه زیاد شده که درنتیجه سبب ازدیاد احتقان ریوی میشود. که با این ازدیاد احتقان ریوی دروضعیت مذکور عسرت تنفس نزد مریض ظاهر میگردد.

b- **فشارمیخانیکی** : - مریضان عدم کفایه قلب که دربطن شان حبن (AScites) موجود باشد ویا اینکه کبد شان بزرگ شده باشد (Hepatomegaly) زمانیکه به استجاع ظهری قرار میگرد مایع ویا کبد بزرگ بالای حجاب حاجز فشار آورده وسبب فشار بالای ریه میگردد . که درنتیجه عسرت تنفس نزد مریضان ظاهر میگردد.

Paroxysmal Nocturnal dyspnea (P.N.D)

عبارت ازعسرت تنفس اشتدادی شبانه است که درهنگام شب نزدمریضان قلبی ظاهرمیگردد . عموماً یکی دوساعت بعداز استراحت

دروقت Visit مریض باید داکتر برای محصلین درباره وضع خطرناك مریض ، مشکلات تشخیص ، تاثیر کمی تداوی ، وضع ناامیدکننده ودیگر احتمالات خطرناك بحث ننماید.

محصلین باید به یادداشته باشند که بعضی مریضان درباره پرسش مریضی اش به مقابل داکتر خجالت می نماید وفکر میکند که داکتر به مریض دروغ میگوید (که مریضی اش خوب شده است) پس ازمحصلین درباره مریضی خود پرسان می نماید درین وقت باید محصلین به بسیار دقت جواب داده وچیزهای که گفتن ان لازم نیست به مریض گفته نشود.

محصلین باید دربعضی موارد از داکتر معالج کمك خواسته تاکه تشوشات روحی که از سخن های پرسونل ازسبب بی احتیاطی بمیان آمده باشند ازبین برده شدند.

در Deontology طبی نگاهداری تمام رازها شامل بوده وداکتر بایدتمام رازهایی مریض درباره مریضی اش پنهان نگاه دارد وبرعکس مریض ازطرف داکتر متضررمیگردد.

اگر مریضی مریض به دیگران مضروساری باشد (بمثل توبرکلوز ، امراض زهروی ، امراض ساری جلدی) باید به مریض فهمانده شود که به دیگران ضررنرساند ونیز مردمان همجوار فهمانده شود که بطریقی ازتماس مریض خود را نگاه نماید که مریض نیز دلبد نشود.

بصورت خلاصه طبیب باید به مریض دوست بسیار صمیمی وبه مثل اعضای فامیل شناخته وسلوك وپیش امدخوب همراهش بنمایند. (۷)

مریضان نسبت عسرت تنفس نشسته ازخواب بیدار شده وبرای گرفتن هوای تازه یا از اطاق خارج میشود ویااینکه طرف کلکین اطاق می روند. درصورتیکه حمله PND خفیف باشد به وضعیت نشستن ویا استاده شدن ازبین میرود امادرحالت شدید مدتها دوام نموده حتی که سبب اذیمای ریوی میگردد.

میخانیکیت تولید P.N.D قسمی است که درنزد مریضان اذیمیا درطول روز در اطراف موجودبوده اما از طرف شب این اذیما دوباره داخل دوران جذب گردیده که درنتیجه کتله خون زیاد میگردد واز اثران احتقان پیش رفته ریوی بوجود آمده که سبب عسرت تنفس درهنگام خواب میشود.

مریضان PND عسرت تنفس ، سرفه ، عرق ، Palpitation (تکان قلب) ،سیانوز دردصدر، Faintness حسافت ، جلد سرد و Hypertension گذری دارند.

۲ - دروقت خواب انحطاط مرکز تنفسی بمیان آمده واز سبب Hy-poxiemia قابلیت نفوذیه اوعیه زیادشده وزمینه را برای احتقان ریوی مساعد میسازد.

۳ - فعالیت سستم سمپاتیك که به قلب عدم کفایه کمك زیاد مینماید درحین خواب تنقیص می یابد .

٤ - یك تعداد فکتور های مساعد کننده نیز موجود است که زمینه رابرای PND مساعد میسازد مثلاً دورشدن راس مریض از بالش ،سرفه

هایی شدید وغیره .

A cute palmonary edema/ اذیمای حاد ریه : - یك حالت بیش رفته PND بوده وزمانیکه عدم کفایه قلب چپ بصورت انی تاسس کند بوجود می آید .فشار اوعیه شعریوی ریه ها زیاد بوده ومایع دراسناح انفلتری شده سرفه راتحریك مینماید. این مریضان دربستر استراحت کرده نمیتواندوتمام علایم که در PND دیده میشود علاوه ازان ها بلغم کف دارویا خون الود نیز دیده میشوند. تنفس اکثراً وصف Bubbling وبعض وخت Wheezing نیز شنیده میشوند

Palpitation موجود ودرسستم تنفسی رال های احتقانی ودرقلب علایم عدم کفایه موجود میباشد .

۲- **درد صدر** Chest pain عبارت از عرض عمده مریضان قلبی وعای است که اکثرا سبب ناراحتی مریضان شده وباعث مراجعه مریض نزد داکتر میگردد ،دریك تعداد واقعات بدون اینکه افت عضوی قلبي نزد اشخاص موجود باشد در صدر خو داحساس دردمی نماید که این دردها تحت عنوان دردهای روحی عصبی یا Psycogenic مطالعه میگردد.

دردهای که از جدار صدرمنشه میگرند قرارذیل اند (۲)

a - جلد : - التهابات ،ترضیفات Herpes Zona .

b- اضلاع وعضاریف Tiet's disease

c- اعصاب بین الضلعی : - Neuralgia .

d - عضلات : - التهابات وترضیفات .

دردهای که از احشای صدری منشه میگرند قرارذیل اند (2)

a- Pleural Pain : - پلوریزی خشک Dry Pleurisy .

b- پرانشیم ریه ها - پرانشیم ریه ها و پلورای حشوی اعصاب حسی نداشته وسبب تولید درد نمیشود، لاکن بعضی امراض پرانشیم ریه ها پلورای جداری راماوف ساخته که به این میخانکیت در د را تولید می نماید مثلاً در Pneumania, Carcinoma و کولپس ریه .

دردهای که ازامراض قلبی وعایی منشه میگرند (6-2)

۱ - Angina pectoris (خناق صدری) : خناق صدری ازسبب Ischemia عضله قلب بوجود می آید که این ایسکمی یا ازسبب Atherio Sclerosis ویا Spasum شراینی اکلیلی بوجود می اید . درد مذکور در خلف عظم قص موقعیت داشته گاهی وصف سوزش ،بعضاً وصف گرفتگی وگاهی هم وصف فشار دهنده رادارد.

انتشار درد بطرف شانه چپ ،بازوی چپ ، ساعد چپ وحتی دوانگشت انسی دست چپ ، میباشد وگاهی هم بطرف عنق وفك سفلی وبعضاً به هردو طرف علوی انتشار می نماید.

مدت دوام درد ۱-۵ دقیقه بوده وبعضا تا ۱۵ دقیقه وندرتاً تا ۳۰ دقیقه دوام می نماید.

ارتباط درد ، بافعالیت فزیکی زیاد شده ونیز معروض شدن با هوای سرد ، خوردن غذای شقیل ، پرخوری ، درحالات تهیجی درد زیاد میگردد.

میگردد.

درد توسط تطبیق Nitroglycerin و استراحت ازبین میرود.

۲ - Myocardial infarction (احتشا میوکارد) : احتشاء میوکارد عبارت از نکروز اسکیمیك قلب است که ازسبب بندش ویا Spasm شراین اکلیلی بوجود می اید دردمذکور درخلف عظم قص احساس شده وصف وانتشار ان مانند خناق صدری است . اما درد نسبتاً شدید بوده ومدت دوام ان طولانی ترمیباشد که از چند دقیقه الی چند ساعت دوام میکند.

بافعالیت فزیکی ارتباط نداشته وباتطبیق ناتیروگلایسرین تحت اللسانی ازبین نمیرود.

۳- Pericarditis - : التهاب حاد پریکارد نیز سبب درد صدر میشود. درد مذکور نیز درخلف عظم قص موقعیت داشته انتشارآن بطرف شانه وعنق است وصف سیخ زدن ویا پاره کننده داشته با وضعیت استجاع ظهری درد شدید شده وبه وضعیت نشسته وخم شدن به قدام ازشدت ان کاسته میشود.

٤ - Dissecting Aneurysm of aorta : - دراثر انشقاق اینوریزم ابهر مریض درد شدید صدری احساس میکند . درد درتهام صدر موقعیت داشته وگاهی هم درناحیه ظهری موقعیت میداشته باشد . انتشار درد بطرف بطن بوده ومریض بصورت انی به شاك میرود. تشخیص ان توسط سقوط فشار نموده ومریض احساس تشنگی شدید می نماید . درد مذکور ساعت ها دوام نموده درابتدا شدید وبه تدریج ازشدت ان کاسته

میشود .

Precardial catch : - یك اصطلاحی است که در مریضان قلبی به یك درد لحظوی Stabbling اطلاق می نماید مریض توسط یك انگشت تحت صدیه ها نشان میدهد .این درد با پتالوژی قلبی همراه نبوده لیکن سبب زجرت میگردد.

درد کبدی که درناحیه اپیگستریك احساس میشود از سبب پیشرفت عدم کفایه قلب بوجود آمده که منشه ان توسع جگر میباشد.

۵- Pulmanary Hypertension و امبولی ریوی .

فرط فشار ریوی نیز سبب درد صدری میشود که این درد عمیق درزمان فعالیت فزیکی بوجود می آید. میخانیکیت پیدایش آن توسع اني شریان ریوی میدانند. اما بعضی مولفین عقیده دارند که دردمذکورنیز از سبب اسکیمی عضله قلب بوجود می اید.

امبولی ریوی نیز سبب درد صدر شده اما درد مذکور عموماً به یك طرف صدر موقعیت داشته که بعضاً انصاب پلورا به ان علاوه شده وبا موجودیت اعراض وعلایم انصباب پلورا تشخیص میگردد.

برعلاوه امراض فوق الذکر تضیق دسام مترال ، عدم کفایه وتضیق دسام ابهر نیز سبب درد صدر میشود.

همچنان دردهای احشای بطنی به صدر انتشار نموده ودرصدر احساس میشود مثلاً درد های قرحه معده که وصف سوزنده داشته وارتباط صمیمی با غذا دارد.

دردهای Hiatal Hernia و Cholicystitis وغیره (6)

۳- Heomoptysis : یکی از اعراض شایع امراض تنفسی است اما دریك تعداد امراض قلبی مثلاً تضیق مترال، امبولی ریوی نیز دیده میشود.

٤- سرفه Cough : - از جمله اعراض امراض تنفسی بوده اما گاهی اولین عرض عدم کفایه قلب چپ رامیسازد. درمریضان مصاب تضیق دسام مترال وانیوریزم ابهر نظر به فشاریکه بالای طرق تنفسی بوجودمی آورد سبب تولید سرفه خشك میگردد. دراذیمای حاد ریه که سبب عدم کفایه حاد قلب چپ نشان میدهد مریضان با سرفه بلغم کف دار گلابی رنگ رادارد.

٥ - تکان قلب Palpitation : - درحالت نارمل اشخاص ضربان قلب خود را احساس نمیکند اما زمانیکه ضربان قلب توسط شخص احساس شود این حالت رابنام palpitation یاد می نماید (4,3)

تکان قلب در یك تعداد امراض قلبی مخصوصاً درنزد این مریضانیکه Arrhythmia داشته باشد دیده میشود .هم جنان درمریضان مصاب Thyrotoxicosis وکم خونی ها نیز تکان قلب دیده میشود .

٦- Syncope : ازبین رفتن شعور بصورت گذری Syncope(Fainting) نامیده که از سقوط فشارخون بمیان می اید.

سقوط فشار خون از سبب تنقیص دهانه قلبی ، تنقص مقاومت

محیطی ویابصورت مشترك از تنقیص هردو بوجود می آید.

سنکوپ ساده (Vasovagal Syncope) توسط یك Reflex مغلق که سبب Brady cardia و Vasodilatation محیطی میگردد بمیان می آید. این حالت وقتی بوجود می آید که رجعت وریدی خون به قلب تنقیص نماید مثلاً برای مدت زیاد استاده شدن (مخصوصاً درموسم گرمی) ، ضیاع مایعات وجود (اسهال)

سنکوپ ساده از سبب ترس وتنبیه دردناك وناخوش نیز بوجود آمده میتواند .درشروع نزد مریض دلبدی، عدم کفایه رویت ، برنگس گوش شروع شده وخسافت ،عرق ، نبض بطی بصررت وصفی نزد مریض دیده میشود.

Recovery معمولاً وقتی سریع حاصل گردیده که رجعت وریدی توسط بلندکردن پای مریض تامین گردد . اگر مریض به حالت استاده نگه داشته شود احتلاجات وحتی تخریبات دماغی نزد مریض تولید مگردد. اگررجعت وریدی به قلب از سبب ازدیاد فشار داخل صدر کم گردد سبب سنکوپ میگردد . مثلاً در مانوره Valsalva (4,3)

همچنان ازسبب سرفه دوامدار وشدید سنکوپ بوجود آمده وبنام Cough Cyncope یاد میگردد.

درمریضان پیر ازسبب تخلیه مثانه سنکوپ بمیان می آید وبنام Micturation Symcope یادمیگردد. Postural syncope (

سنکوب که درحالت استادگی بوجود می آید)

دربعضی مریضان که فشار پائین داشته باشد دیده میشود مثلاً عدم کفایه غده ادرینل .

تطبیق دواهای ضد فشار یا Vasodilatator ویا عدم کفایه عکسه Vasomotor نارمل (Diabetic autonomic neu raputhy) سبب بوجود آمدن سنکوپ میگردد .

اگرسنکوپ دروقت فعالیت (Exercise syncope) ویابدون کدام دلیل واضح بمیان بیابد باید اسباب قلبی درنظر باشند.

Syncope جهدی از اثر بی نظمی قلبی ، امراض دسامی قلبی پیش رفته ، امراض شراین اکلیلی بمیان آمده میتواند . همچنان تضیق دسام ابهر ، تضیق شدید دسام ریوی یا Hyper trophic Cardiomyopathy سبب سنکوب میشوند.

سنکوپ که علت واضح ان معلوم نباشد باید از epilepsy تشخیص تفریقی شود .

سنکوپ اکثرا از سبب بی نظمی قلبی ،

Brady cardia و Tachy cardia بوجود می آید . (6)

۷ ـ Edema اذیما : - عبارت از تجمع مایع دربین نسج بین الخلالی میباشد .در مریضان قلبی اذیما عموماً در اطراف سفلی دیده میشود که درمراحل بعدی به تدریج زیادشده اذیما درجوف بطن وحتی دربین اجواف مصلی دیگر نیز تجمع میکند که این شکل اذیما را بنام

اذیمای عمومی (Ana sarca edema) یاد میکند . درمریضان مصاب عدم کفایه قلب اذیما ازطرف روز دراطراف سفلی شان زیاد میباشد اما در هنگام شب وهمچنان درنزد ان مریضانیکه مدت زیاد دربستر اند اذیما درناحیه ظهری ،عجزی زیادتر به ملاحظه میرسد.

علامه عمده شناخت اذیما Pitting sign میباشد ،هرگا داکتر بالای ناحیه اذیمای باانگشت خودفشار واردنماید وبعداز چند لحظه انگشت خود را دور کند درناحیه مذکور چاپ انگشت باقی میماند که این علامه را بنام Pitting sign یاد میکند.

بهترین ناحیه برای تعیین این علامه بالای عظم Tibia میباشد درنزد مریضان قبلی ودرحالات مختلف دیگر اذیما به میخانکیت های ذیل بوجود می اید.

۱ - **تنقیص جریان دموی کلیوی** : درمریضان عدم کفایه قلب که دهانه قلبی پائین دارند جریان خون کلیوی تنقیص یافته ودرنتیجه سبب افراز Aldastoron گردیده که سبب جذب دوباره آب ونمك در تیوبل های Distal گردیده و اذیما بمیان می آید.

۲- **ازدیاد فشاروریدی** : - درمریضان عدم کفایه قلب که احتقان وریدی نزدشان موجود است ازاثراز دیادفشار وریدی یك اندازه مایع از جدار اوعیه ها خارج گردیده ودرنسج بین الخلالی تجمع مینماید و اذیما را بیان می آورد.

۳- **ازدیاد Aldosteron**: درمریضان قلبی که کبد بزرگ واحتقانی

دارند Aldosteron بدرستی استقلاب نشده که درنتیجه سویه ان بصورت ثانوی درخون بلند میرود .

که . این ازدیاد الدوسیژون سبب احتباس اب ونمك شده وباعث اذیمامیگردد .

٤ - **تنقیص فشار** ancotic : - درمریضان عدم کفایه قلب ازاثر احتقان عمومی که دارند مریض بی اشتها میباشد از طرف دیگر نظریه موجودیت احتقان کبدی البومین نزدشان بدرستی سنتیز نمیگردد. ونیز یك اندازه پروتین در ادوار اطراح میشود که درنتیجه نزد مریض Hypoprotienemia تولید میگردد .

که درنتیجه ان فشارAncotic کم شده یك اندازه مایع از جدار ورید خارج شده ودربین نسج بین الخلالی تجمع نموده سبب اذیما میشود. (4-3) .

٨ - Cyanosis : - دربخش تنفسی مفصلاً مطالعه گردیده است

٩ - گرفتگی صدا H oarsness : گرفتگی صدا درنزد مریضان افات تنفسی ،طرق تنفسی علوی موجود میباشد اما دریك تعداد امراض قلبی نیز نزد مریضان گرفتگی صدا موجود میباشد مثلاً درتضیق دسام مترال واینوریزم ابهر ازسبب فشار که بالای اعصاب حنجروی راجع طرف چپ وارد میگردد نزد مریضان Hoar sness پیدا میشود (6)

١٠- **خستگی** Tirdness : - یك شکایت عمده مریضان قلبی ویا Ischemic Heart disease میباشد . بعضی وقت این شکایت از

Symptomatology

کثیرمریضان ازاعراض ذیل به سرویس داخله مراجعه می نمایند(۱-۲)

۱ - تب (fever)

۲- درد (pain) .

۳- نفس تنگی (Dyspnea) .

٤- سرفه (Cough) .

۵- استفراق (Vomiting) .

٦ - اسهال (Diarrhea)

۷ - سرعه (میرگی) (Fit) .

۸ - ضعیفی (Weakness)

۹- سردردی (Headach)

۱۰- کتله (Mass)

تاریخچه طبی

جمع آوری شکایات مریض بصورت منظم ازطرف طبیب بنام تاریخچه طبی یادمیگردد . شکایات مریض باید یکایك ازشروع تا مریضی حالیه به ترتیب ومنظم جستجو گردیده ونیز امراض دیگر وعملیات ها که به مریضی حالیه ارتباط دارد به ترتیب جمع آوری گردد ، که این قسم تاریخچه طبی بامعاینه فزیکی داکتر رأبطرف تشخیص صحیح رهنمایی می نماید.

سبب استعمال دواهامثل β-blockers و diuretic (سبب تولید Hypo kaliemia میشود) بمیان می آید (6) .

خستگی درامراض دسامی قلبی که عدم کفایه قلب درآن موجود نباشد ونیز در Endocarditis انتانی دیده میشود .

۱۱ - Nocturia این عرض ازسبب ازدیاد پرفوژن گرده ها درحالت استراحت پیدا میگردد ومریض مخصوصاً ازطرف شب ادرارزیاد میکند.

معاینه فزیکی سستم قلبی وعائی

Surfaceanatomy of the Heart : - قلب سرحد راست وچپ داشته که سرحد راست ان عمودی وبطرف راست عظم قص کمی بطرف وحشی موقعیت دارد .

سرحدچپ قلب بطرف چپ مایل بوده واز بالا بپائین از ساختمانی های ذیل تشکیل یافته است.

۱ - قوس ابهر . ۲ - شریان ریوی. 3- left appendage

٤- Left ventricle (بطین چپ)

سرحد راست قلب از بالا بپائین ازساختمان های ذیل تشکیل شده است

۱ - A scending aorta ابهر ساعده .

۲ - Venacava superior (VCS) .

۳- اذین راست Right atrium

(V.C.I) Vena cava inferior-٤

معاینه فزیکی سستم قلبی وعایی بطور ذیل اجرامیگردد (2,1)

۱-تفتیش Inspection

۲ - جس Palpation

۳ - قرع Percusion

٤- اصغا .Auscultation

I - تفتیش Inspection:

درتفتیش سستم قبلی وعای اشیای چارگانه ذیل درنظرگرفته میشود :(1, 2)

۱ - شکل Precardium (ان قسمت صدراست که در قدام قلب واقع است)

۲ - نبضان ها در (precardium (pulsation inprecardium

۳ - نبضان ها درخارج Pre cardium .

٤ - برجسته شدن آورده در جدار صدر وعنق .

۱ - شکل Precardium :- در حالت نورمال کدام Bulging درپریکاردیوم وجود ندارة لاکن در Hy pertrophy بطین چپ وPericardial effusion (انصباب پــــریکارد) امکان داردکه Bulging تاسیس نماید .

۲ - نبضان ها در Precardium : - نبضان ها ی مهم پریکاردیوم قرار ذیل اند .

a- apexbeat قرارذیل تعریف میگردد .قسمت پایان تردر پریکاردیوم که نبضان اعظمی داشته باشد بنام apex beat یاد میگردد . دراشخاص لاغر و نحیف به اسانی دیده شده میتواند زمانیکه apex beat به مشاهده رسیده نقاط اتی را باید یادداشت نمود (1,2) .

۱ - موقعیت (position)

۲ - قوت نبضانی Pulsating force .

۳- وسعت نبضان Extension of pulsation

۱- موقعیتApex beat:موقعیت نورمال Apexbeat درخط متوسط چپ Medclavicularline یك سانتی متر بطرف انسی درمسافه چارم یا پنجم بین الضلعی قراردارد.

درمورد قوت ووسعت Apexbeat معلومات دربخش جس تشریح شده است .

b- ضربان درناحیه Tricuspid : درمسافه چارم یاپنجم بین الضلعي چپ نزدیك عظم قص (Sternum) ضربان دیده شده میتواند که در عدم کفایه Tricuspid و Hyportrophy بطین راست دیده میشود

c- ضربان درناحیه Pulmonary درمسافه بین الضلعی دوم چپ نزدیك عظم قص نبضان دیده شده میتواند که در Pulmonary Hypertension وتوسع شریان ریوی مشاهده شده میتواند.

d- نبضان درناحیه ابهر: - درمسافه بین الضلعی دوم راست نزدیک عظم قص نبضان که بوجودمی اید به امراض دسام ابهر(عدم کفایه وانیوریزم). مربوط میباشد .

۳ - نبضان های خارج پریکاردیوم : - نبضانات خارج پریکاردیوم درپنج ناحیه ذیل دیده میشود (1-2)

۱- عنق Neck ۲ - Supra sternalnoch

۳- درمسافات بین الضلعی Intercostal space

٤ - Epigastrium

۵- مسافه بین الکتفی Inter Scapular region

۱- نبضان های گردن : - این نبضان میتواند که وریدی ویا شریانی باشد نبضان های شریانی ازسبب شریان های ثباتی درحالات ذیل دیده میشود .

a - عدم کفایه ابهر b- انیوریزم ابهر c- Hyperthyroidism.

d - حالات هیجانی و تخرشی . e- حالات جهد Exertion

بعضی وقت درعدم کفایه ابهر نبضانی شریان انقدر قوی میباشد که سر مریض همراه هرضربان قلب حرکت میکند که بنام Demozet sign یاد میشود .

نبضان وریدی ازورید های وداجی بوجود می آید . نبضان وریدی سه موجه مثبت (a,c,v) ودو موجه منفی (X,Y) داشته که میخانکیت بوجود امدن انها قرارذیل بیان میگردد.

۱- موجه a :- این موجه ازتقلص اذین راست بوجود می آید.

۲- موجه C :- (C-wave) این موجه درتفتیش عنق دیده نشده وازبسته شدن دسام ترایی کوسپید بوجود می آید.

۳ - موجه (V) V-wave :- زمانیکه اذین راست ازخون پرمیگردد این موجه بوجود می آید که درین وقت ترای کوسپید بسته میباشد.

٤- Y-wave (موجه y):- این موجه ازپائین شدن فشار اذین راست بوجود آمده که درین وقت دسام ترایی کوسپید بازمیباشد.

٥ - موجه x (X- wave) :- این موجه از Relaxation اذین راست بوجود می اید .

فرق بین نبضان وریدی وشریانی درجدول ذیل نشان داده شده است (2.1)

Arterial pulse	Venous pulse
۱- توسط انگشت جس میگردد .	۱ - توسط انگشت جس نمیگردد .
۲ - اگر درقاعده گردن فشار وارد گردد هم موجود میباشد .	۲ - اگر درقاعده گردن فشار وارد گردد این نبض توقف نموده ووریدهای گردن برجسته میگردد .
۳ - همراه تنفس تغیرنمیکند.	۳ - همراه تنفس ارتباط دارد .. این نبضی درشهق پائین (دروقت شهیق از سبب حرکت حجاب حاضر فشار منفی درصدر تولید شده وخون از ورید ها به صدر می اید) ودروقت ذفیر بالامیرود.
٤ - توسط فشار دادن بالای کبد تغیر نمیکند .	٤- زمانیکه بالای جگر فشار وارد گردد در گردن نبضان وریدی برجسته گردیده که بنام Hepato jugular reflex یاد میگردد.
٥ - دوموجه (که یکی مثبت ودیگر منفی) داشته که به شکل نبضان دیده میشود.	٥ - به شکل دوامدار Pulsation موجود است که دارای سه موجه مثبت و دو موجه منفی میباشد.ة

۲- نبضان در Suprasternal Noch:- درین ناحیه ضربان

درحالات ذیل دیده میشود (1-2)

a- فرط فشار خون Hypertrnsion b- انیوریزم ابهر .

. coartation of aorta - C

درهرسه حالات فوق قوس ابهر متبارزگردیده وسبب این نبضان میشود(1-2)

۳-نبضان درمسافات بین الضلعی :- این نبضان در Coartation ابهر دیده شده که علت ان ضخامه شراین بین الضلعی (در رادیوگرافی صدر کنارسفلی ضلع تخریب وخورده شده معلوم میگردد) میباشد.

٤- ضربان در ناحیه : - Epegstriam : این نبضان در امراض ذیل دیده میشود .

a - عصبانیت Nervousness

b - انیوریزم ابهر بطنی

Enlarge - Hypertrophy of Right ventricle– c

Pulsating liver -d (درعدم کنایه دسام ترای کوسپید دیده میشود)

e- تمور درقسمت قدای ابهر Tumure in front of aorta .

۵ - نبضان درناحیه Intra scapular : ازمریض خواهش گردد که دروضعیت نشستن خود را کمی قدام خم نماید واین ناحیه مشاهده گردد .در Coartation ابهر نبضان درین ناحیه دیده میشود که ازسبب تفمم شراین suprascapular - Sub Scapular و Lateral

Thoracic arteries برجسته میگردد واین نبضان بوجودمی آید.

موجودیت وریدهای برجسته درجدار صدر وگردن .

اسباب برجسته شدن وریدها درجدار صدر (2-1)

۱ - اگرجلد مریض بصورت غیرمعمول بسیارنازك باشد .

۲- بندش جریان وریدی از سبب تمور داخل صدری ویا انیوریزم ابهر .

۳ - موجودیت Portal Hypertension ویا بندش ورید اجوف سفلی موجود باشد.

اسباب برجسته شدن وریدها درگردن (2-1)

۱ - اسباب خارج قلب :

a - Retrostornal goiter

b - ضخامه عقدات لمفاوی که بالای ورید اجوف علوی (vcs) فشار وارد کرده باشد .

c- انیوریزم ابهرکه بالای ورید ها فشار اورده باشد.

۲ - اسباب pericard

a - Constrrictive pericarditis

b - Pericardial Effusion.

۳ - اسباب Myocard:-

a- عدم کفایه بطین راست .

٤ - اسباب Endocard :- عدم کفایه ترای کوسپید .

b- تضیق ترایی کوسپید .

۵ - اسباب بطنی : - a- حمل b- حبن c- تمور بطنی کلان .

٦ - اسباب عمومی : - a- انیمیا b-پیراهن تنگ یا بسته کردن نکتایی تنگ .

c - ترانسفیوژنی مایع زیاد به مریض .

طریقه معاینه وریدیهای برجسته گردن

اگرفشار وریدها بسیار زیاد باشد درحالت نشستن برجستکی وریدها بشکل واضح به نظر میرسد . اگرفشار وریدها بدرجه متوسط یا کم بلند باشد باید صدر مریض ٤٥درجه به سطح افقی بستر زاویه راتشکیل میدهد.

وسرمریض بالای بالشت بلند گذاشته شده وباصدر به یك سویه قرار داشته باشد. همچنان گردن مریض به قدام خم نشده باشد.

درین وضعیت برجسته گی وریدها از manebrium Sterni به اندازه ۱-۲ سانتی متر درحالت نارمل بلند نمی باشد اگر برجستگی وریدها گردن درین وضعیت از 4cm بلند باشد غیر نارمل تلقی میگردد .(1-2)

جس PALPATION

درجس سستم قلبی وعایی اشیای ذیل باید یادداشت گردند (2-1)

۱- نبض PULSE : عبارت از موجه است که توسط هر ضربان قلب درشریان بمیان می آید وبدونوع است .

A- نبض شریانی Arterial pulse

B- نبض شعریوی Capilary Pulse

A - نبض شریانی : تمام نبض های شریانی باید درهردوطرف بصورت

مقایسوی معاینه گردد مثلاً

, Radial , cubital ,facial , carotid , Axillary
Brachial , Tibial , poplitial , femoral , Temporal
. dorsalpedis

دروقت جس نبض نقاط ذیل باید در نظر گرفته شوند .

۱ - Rate ۲ - Rhythem ۳ - Volume

٤ - Tension ٥- Character

٦- Blood Vessel Wall

۷ - مقایسه نبض ها Comparisone of Pulse

۱- Rate of pulse

تعداد نبض به این ترتیب معاینه میگردد که توسط سرانگشت Ra- dial pulse جس میگردد یعنی توسط سرانگشت بالای شریان Radi- al فشار وارد گردیده ونبض جس میگردد که دروقت جس ساعد خفیف حالت Pronation وبنددست کمی قبض (flexed) بوده ونبض دریک دقیقه محاسبه میگردد (1-2)

تعداد نورمال نبض دریك دقیقه ۵۰ - ۹۰ میباشد ودرحالت جنینی دریك دقیقه تعداد نبض تا ۱٤۰ میرسد . باید ذکرگردد که دروقت خواب واستراحت تعداد نبض کم وبرعکس درحالت تمرین زیاد میگردد.

Tachy cardia -: اگر تعداد نبض درفی دقیقه از ۹۰ زیات شود بنام Tachy cardia یادمیگردد ودرحالات ذیل دیده میشود (1-2)

Physiological tachy Cardia - I

a - بعداز تمرین b- بعدازصرف نمودن غذا c -حالات هیجانی d- دروقت تحیض e- بعداز خوردن الکول و Cafee .

II- أسباب تکی کاردیا پتولوژیک .

a - تب Fever -b Anemia -c افات خبیثه . d- عدم کفایه قلبی Shock-e.

باید یاد آوردگردد که تکی کاردیا فزیولوژیك دروقت خواب واستراحت ازبین رفته اما تکی کاردیا پتالوژیك ازبین نمیرود.

Brady Cardia : - اگرضربان قلب دریك دقیقه از ۵۰ کم گردد بنام Brady Cardia یاد میشود ودرحالات ذیل دیده میشود (2-1)

I- اسباب فزیولوژیك : -

a - Atheletes (سپورت مینان (Long runners)

b- Familial .

II- اسباب پتالوژیك .

a- Complete Heart block -b ازدیاد فشارداخل قحفی

c- حالاتیکه درآن (Basal Meta bolic rate (B.M.R) کم میگردد مثلاً " Starvation , myxoedema , anoroxia "

d- اخذ بعضی دواها به مثل Betablockers , digetal .

e- Brady Cardia نسبی : این بردی کاردیاعبارت از ان قسم B.cardia است که نبض با ترفع حرارت وجود تطابق نداشته باشد که

:رعصرحاضردر بعضی شفاخانه هاجمع آوری شکایات اعراض وعلایم مریض توسطکمپوتر شروع گردیده ودرنزدیکی تکمیل نمودن تاریخچه مریض به شکل روتین توسط کمپوتر اجرا خواهد شد (۲)

اساسات گرفتن تاریخچه طبی

دروقت تحریر تاریخچه طبی مریض نقاط ذیل درنظر گرفته میشوند .

۱- شنیدن و پرسان نمودن .

۲- دیدن

۳- به ترتیب جمع آوری معلومات.

۱- شنیدن وپرسان نمودن :-گوش نهادن به شکایات مریض اساس تاریخچه طبی راتشکیل میدهد یعنی مریض باید بصورت ازادانه مریضی خویش راتشریح نموده وداکتر علاوه ازشنیدن شکایات مریض شخصیت وحالت روحی مریض درنظربگیرد ،اگر مریض دربعضی نقاط مریضی خویش راواضح نسازد ، داکتر باید توسط بعضی پرسش ها انرا واضح سازد.

۲- دیدن :- میدانیم که دیدن یك جزء معاینه فزیکی است لیکن یك حصه تاریخچه طبی را نیز تشکیل میسازد . زمانیکه داکتر به مریضی روبرو میشود ویا اینکه مریض به اطاق داکتر داخل میگردد تاتکمیل نمودن تاریخچه طبی مریض زیر نظر طبیب به که درین وقت وضعیت مریض ، حالت دماغی ،قدرت ذکایی وحالت اجتماعی واقتصادی معلوم

فهرست مطالب

عناوین **صفحات**

فهرست مطالب

عناوین صفحات

فهرست مطالب

عناوین **صفحات**

فصل هفتم

فصل هشتم

فهرست مطالب

بسم الله الرحمن الرحيم

مقدمه ناشر

پوهنتون أمهات المؤمنين در سال (۱۹۸۹/ ۱۹۹۰) توسط تنظیم خواهران مسلمان افغانستان تأسیس و هدفی جز گسترش دانش عالی در پرتو ارزش های اسلامی و تربیه کادر های علمی برای طبقه نسوان ندارد. محصلان مطابق نورم معمول پوهنتونی پذیرفته میشوند و سرگرم تحصیل در رشته های طب، شرعیات، تعلیم و تربیه، ادبیات و سائنس میباشند که نمایانگر و مودل تحصیلات عالی زنان در جامعه اسلامی پنداشته میشوند.

اکثریت کادر تدریسی آنها را زنان تحصیلکرده در رشته های مربوط تشکیل میدهد و نیز از استادان و پوهاندان دارای تجارب علمی بحیث مشاورین استفاده میگردد، و لذا اکنون از نگاه کمیت و کیفیت نصاب تعلیمی، پلان و پروگرامهای آن با پوهنتونهای دول اسلامی معاصر معادلت دارد.

موضوع کتب درسی که نیازمندی هر دیپارتمنت را بر آورده سازد، یکی از پرابلم های عمده پوهنتونهای افغانستان است چه تقریباً همه کتابخانه ها طعمه حریق گردیده، آثار و دست آورد های مهم علمی در کتابخانه ها بخاك و خاکستر مبدل گردیده اند. بنابران پوهنتون أمهات المؤمنین با درك این مشكل اساسی سعی میورزد تا کتابهای درسی را مطابق ایجابات وقت و زمان و مطابق خواست های جامعه اسلامی ما تهیه نموده و در این راه از استادان با تجربه علمی طلب همکاری مینماید تا این نقیصه تا اندازهء لازم رفع گردیده و جوانان ما از تعلیم و تربیه ایکه

جامعه اسلامی ما نیازمند آن است بر خوردار گردند.

روی این هدف کتاب درسی «اساسات داخلهء صنف سوم» که توسط پوهاند دوکتور عبدالواحد الکوزی مطابق مفردات پلان درسی تثبیت شده از طرف دیپارتمنت داخله تألیف گردیده بزیور چاپ آراسته گردید.

با افزودن این کتاب پر محتوی علمی در سلسلهء دیگر کتب علمی و معلوماتی ایکه تا حال توسط تنظیم خواهران مسلمان افغانستان و پوهنتون أمهات المؤمنین بچاپ رسیده، ما امیدواریم ضرورت محصلین پوهنحی های طب کشور به این کتاب «اساسات داخلهء صنف سوم» مرفوع گردیده و از آن استفاده نمایند.

پوهنتون أمهات المؤمنین میکوشد تا با یاری خداوند یکتا در آیندهء نزدیك اجزاء دیگر نیز به این سلسله کتب علمی تدریسی افزوده و مصدر خدمت به ملت مسلمان افغانستان گردد.

پوهاند فضل الرحمن «منهاج»
رئیس پوهنتون أمهات المؤمنین

تنظیم خواهران مسلمان افغانستان
پوهنتون امهات المؤمنین

(۲۷)

پوهنځی طب
دیپارتمنت داخله

اساسات داخلهٔ صنف سوم

مولف : پوهاند دوکتور عبدالواحد (الکوزی)

سال طبع ۱۹۹۷

مقدمه

جای مسرت است که برای استفاده علمی وعملی محصلان صنف سوم پوهنځی طب (سمستر هفت وهشت) کتاب علمی بنام کتاب اساسات داخله صنف سوم را تالیف می نمائیم .

ازشش ماه به این طرف که در پوهنحی طب پوهنتون امهات المؤمنین وظیفه تدریس داخله بدوشم افتیده معلوم گردید که قسمت اعظم تدریس داخله برای محصلات به شکل Dictation صورت گرفته وتا حال کدام کتاب درسی امراض داخله برای محصلات صنوف سه گانه این پوهنځی موجود نیست . هویدا است که توسط Dictation از یك طرف پروگرام درسی داخله مطابق کوریکولم بسرنرسیده وازطرف دیگر سبب ضیاع وقت ونارسایی محصلان میگردد. نظر به دلایل فوق وتشویق رئیس صاحب پوهنتون محترم فضل الرحمن «منهاج» برای ازبین بردن نقایص فوق تصمیم گرفتم.

تاکتاب داخله مذکور بوجه احسن مطابق کوریکولم درسی صنف سوم تصنیف نمایم تا از یك طرف ازضیاع وقت جلوگیری بعمل آمده وازطرف دیگر محصلان از لکچراستفاده علمیٔ اعظمی نموده ویك ذخیره درسی علمی برای پوهنتون امهات المؤمنین ومحصلان محترم باشند. کتاب مذکور به ادبیات ساده وسلیس فارسی تحریر گردیده که تمام محصلان ودوکتور صاحبان ازآن در عرصه طب نظری وعملی بخوبی استفاده کرده میتواند.

درتالیف این کتاب از مراجع، کتب جدید ومعتبر دنیا که درپوهنتون ها برای تدریس طب داخله استعمال میگردد استفاده شده که در Reference ازآن ها تذکر بعمل آمده اند.

درآخر ازرئیس پوهنتون امهات المؤمنین که درچاپ کتاب سعی بلیغ نموده از صمیم قلب تشکر می نمایم .

والسلام

پوهاند دوکتور عبدالواحد «الکوزی »

تنظیم خواهران مسلمان افغانستان

پوهنتون امهات المؤمنین

MUSLIM SISTERS ORGANIZATION OF AFGHANISTAN

MSOA

پوهنځی طب

دیپارتمنت داخله

اساسات داخلهٔ صنف سوم

مولف : پوهاند دوکتور عبدالواحد (الکوزی)

سال طبع ۱۹۹۷

مشخصات :

نام کتاب : کتا ب درسی داخله صنف سوم

مولف : پوهاند دوکتور عبدالواحد (الکوزی)

ناشر : پوهنتون امهات المؤمنین

سال طبع : ۱۹۹۷م

تعداد : ۱۰۰۰جلد

کمپوز : هوتك لیزر کمپوز

طبع : نصیر لیزرکمپوز- گل حاجی پلازه - منزل ۲ - اطاق ۱۲٤

تیلفون: ٤٣٨٦١

بسم الله الرحمن الرحيم

اهـــــداء

این کتاب به ارواح پاك تمام دوکتوران ،استادان ، محصلان ومجاهدین که درراه سربلندی اسلام وآزادی افغانستان عزیز از رژیم ملحد کمونستی جان خود را نثار نموده اند اهداء می نمایم .

پوهاند دوکتور «الکوزی »

فهرست مطالب

عناوین صفحات